FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1909-1910 N° 17

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

SURVENANT APRÈS L'ÉNUCLÉATION

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 3 Mai 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

André-Henri-Alexis ALGAN

Né à Saint-Dié (Vosges), le 15 Juillet 1885.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	MM	ROHMER	professeur...	*Président.*
		SIMON	professeur...	
		MICHEL	agrégé.....	*Juges.*
		L. SPILLMANN	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-EDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1909-1910 N° 17

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

SURVENANT APRÈS L'ÉNUCLÉATION

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 7 Mai 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

André-Henri-Alexis ALGAN

Né à Saint-Dié (Vosges), le 15 Juillet 1885.

ACAD. LAUREAT BIBL.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	MM. ROHMER	professeur...	*Président.*
	SIMON	professeur...	
	MICHEL	agrégé.....	*Juges.*
	L. SPILLMANN	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-EDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1910

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. BERNHEIM, ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪, NICOLAS, I ✪, PRENANT, I ✪.

Professeurs.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✻, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	M. CHARPENTIER ✻, I ✪
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪
Clinique chirurgicale	M. WEISS ✻, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT ✻, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪.
Physiologie	M. ANGEL, A ✪.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪.
Anatomie descriptive	M. MEYER, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, I ✪.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, A ✪, agrégé.
Accouchements	M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	M. FRŒLICH, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	M. JACQUES, I ✪, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ✪, agrégé libre.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, A ✪.
Cours de médecine opératoire	M. MICHEL, A ✪, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I ✪.
L. SPILLMANN, A ✪.
MICHEL, A ✪.
HOCHE, I ✪.

MM. RICHON, A ✪.
G. GROSS, A ✪.
FRUHINSHOLZ, A ✪.
COLLIN, A ✪.

MM. DUFOUR, A ✪.
SENCERT, A ✪.
ROBERT, A ✪.

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪,
ZILGIEN, A ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, Ⓜ, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON GRAND-ONCLE, Alfred ALGAN

A MES ONCLES

Alexis LALLEMAND, ancien pharmacien

Et Colonel GŒPP, officier de la légion d'honneur

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A MES PROFESSEURS ET MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Au cours de notre stage dans le service de Monsieur le Professeur Rohmer, nous avons eu l'occasion à deux reprises, d'observer des cas d'ophtalmie sympathique survenant un temps plus ou moins long après l'énucléation de l'autre œil.

Frappé de ce fait qui nous semblait si peu en rapport avec les théories de l'ophtalmie sympathique et son traitement préventif, nous avons demandé à notre Maître s'il ne serait pas intéressant d'approfondir autant que possible cette question.

Sur sa réponse affirmative, nous avons donc recherché comment il arrive que dans certains cas, l'énucléation, qui est le moyen le plus employé et donnant les meilleurs résultats comme traitement d'une ophtalmie sympathique, puisse permettre dans d'autres cas l'éclosion de cette affection sans qu'auparavant aucun signe de sympathie ne se soit montré dans l'œil sain.

C'est ce que nous avons essayé de rechercher dans le travail que nous avons l'honneur de soumettre aujour-

d'hui au jugement de Messieurs les Professeurs qui ont daigné faire partie de notre Jury de Thèse.

Nous avons dans ce travail, rapporté les diverses théories ainsi que la symptomatologie, pathogénie, étiologie et traitement qui semblent prévaloir de nos jours sur l'ophtalmie sympathique au point de vue général.

Nous nous sommes efforcé, dans chacun de ces chapitres, de rattacher aux idées qui nous semblent l'emporter, la question de l'ophtalmie sympathique survenant a la suite de l'énucléation.

Avant de commencer cette thèse, qui est pour ainsi dire la consécration de nos études universitaires, nous voulons, selon une heureuse et respectable coutume, remercier ici Messieurs les Professeurs et tous les excellents maîtres qui nous ont aidé de leurs bons conseils pendant le cours de nos cinq années d'études.

Nous remercions Monsieur le Professeur Rohmer qui a bien voulu accepter d'être notre président de Thèse et dont nous avons suivi les si intéressantes cliniques pendant plus d'un an et demi C'est grâce à lui et à ses indications que nous avons pris goût à la science si captivante de l'Ophtalmologie. Il a toujours été pour nous d'une amabilité extrême et nous n'oublierons jamais tout ce que nous lui devons.

Monsieur le Professeur Simon a également droit à notre gratitude, pour les cours qu'il nous fit pendant deux ans sur diverses questions de Pathologie interne et qui nous furent très profitables.

Les cliniques médicales de Messieurs les Professeurs Bernheim et Spillmann nous ont été d'un grand secours, et nous remercions nos deux maîtres de leurs précieux conseils.

Nous avons suivi également avec beaucoup d'intérêt les cliniques de Monsieur le Professeur Gross, qui a droit à notre reconnaissance et à notre respect comme maître et comme Doyen.

Nous n'oublierons pas dans nos remerciements Monsieur le Professeur Weiss, dont nous avons suivi les cliniques avec une curiosité si légitime.

Que M. le Professeur Herrgott veuille bien aussi recevoir l'expression de notre sincère gratitude pour les savantes et précieuses leçons cliniques qu'il nous a données pendant notre stage à la Maternité.

Nous remercions doublement Monsieur le Professeur agrégé Spillmann qui s'est montré si aimable et si dévoué pour nous, et dont nous avons suivi les intéressantes cliniques et conférences à la Maison de Secours.

Monsieur le Professeur agrégé Michel qui nous a initié aux secrets de la Médecine opératoire et qui nous a témoigné un grand intérêt, est assuré de notre reconnaissance très fidèle.

Enfin, nous adressons encore nos plus vifs remerciements à Messieurs les Professeurs agrégés Étienne et Frühinsholz pour les lumières dont il nous ont éclairé dans leurs cliniques respectives.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il faut tout d'abord définir ce qu'est l'ophtalmie sympathique. Gama Pinto, de Lisbonne, en donne l'explication suivante :

« Une affection qui se transmet d'un œil malade à l'autre est une affection sympathique, à condition que cette transmission s'opère, non par contagion directe, mais par des voies intérieures. »

La possibilité d'une transmission sympathique n'a commencé à être connue qu'au XVI^e^ siècle. A cette époque, George Bartisch parle des dangers qui menacent un œil par sympathie.

Au XVII^e^ siècle, Thomas Bartholinus donne des observations qu'il a prises à ce sujet, et il est suivi en cela par Bidloo (1649).

Au milieu du XVIII^e^ siècle, Le Drain, dans un ouvrage qui parut en 1741, à Amsterdam, appelle l'attention des médecins sur les dangers des abcès de l'œil qui peuvent

faire éclore des phénomènes sympathiques sur l'autre œil.

En 1780, Tissot appelle l'attention sur la possibilité de la transmission d'une affection d'un œil à l'autre.

Ce fut Demours qui, le premier en France, reconnut les dangers des affections sympathiques.

Il fut suivi dans ses recherches par Wardrop, un chirurgien anglais qui s'attacha spécialement à l'oculistique vétérinaire et qui pour éviter la propagation d'une affection d'un œil dans l'autre eut l'idée de détruire cet œil à l'aide d'un instrument pointu.

Mackenzie, professeur à Glascow, reprit la même année cette question et émit la théorie qui porte son nom.

Pour lui, l'affection était toujours d'origine extérieure et provoquée par des agents chimiques ou des plaies pénétrantes ; cette affection, débutant par la rétine, se propagerait à tout le contenu du globe, mais spécialement à l'iris, au cristallin et au corps vitré. Pour lui aussi c'étaient les vaisseaux sanguins, les nerfs ciliaires ou le nerf optique qui servaient de véhicule à l'infection.

En Allemagne, de Ammon étudia la question, et Himly ensuite qui cite des cas d'ophtalmie sympathique à la suite d'une piqûre ou tout autre traumatisme ayant donné une inflammation générale de l'œil traumatisé, puis de l'œil sain. Pour cet auteur, la sympathie était due à une irritation de l'œil sain par la lumière. Quand l'ophtalmie sympathique se montre lentement, il croit probable que la transmission se fait soit par l'intermédiaire de l'artère ophtalmique, soit grâce à une inflammation chronique du nerf optique se transmettant à travers le chiasma à celui du côté opposé. Si l'affection

sympathique est au contraire rapide, il peut y avoir en plus une méningite qui se communique à l'orbite et à la sclérotique de l'autre œil.

Ensuite, un médecin anglais, Prichard, conseille, en 1821, l'énucléation comme moyen préventif de l'ophtalmie sympathique ; il est suivi en 1854 par Cooper qui émet la même idée.

En 1855, Taylor dit que l'ophtalmie sympathique peut provenir non seulement de traumatismes, mais d'inflammations idiopathiques amenant la destruction plus ou moins complète de l'œil.

En 1858, Henrich Mueller cherche la méthode de transmission de l'ophtalmie sympathique et place son choix dans la transmission par les nerfs ciliaires tout en admettant cependant la possibilité de la transmission au travers du nerf optique.

A. Pagenstecher se range à son opinion, tout en étant plus exclusif quant à la théorie ciliaire.

De Græfe et Donders, en 1863, admettent deux catégories d'affections sympathiques :

1° Des phénomènes d'irritation nerveuse ;

2° Des phénomènes inflammatoires ou d'ophtalmie sympathique proprement dite.

De Græfe fait paraître ensuite dans ses V. Græfes Sæmisch, de nombreux travaux personnels qui lui permettent d'ajouter aux deux formes connues d'inflammation sympathique, l'iritis maligne et l'iritis séreuse, une troisième variété, la rétinite ou chorio-rétinite sympathique.

Pour lui, c'est toujours par une cyclite hyperplasique que commence une ophtalmie sympathique.

Comme mode de traitement, il conseille la section des nerfs ciliaires, soit sous-conjontivale, à l'endroit présentant le maximum de douleurs, soit intra-oculaire entre la choroïde et la sclérotique.

Après avoir donné le plus de crédit à la théorie ciliaire, on reprit de nos jours la théorie de Mackenzie et de Ammon, celle de la transmission par les nerfs optiques et le chiasma.

Colsmann ayant observé deux cas de papillo-rétinite sympathique après l'énucléation de l'œil sympathisant, pensa qu'une inflammation développée dans le moignon du nerf optique ou dans ses gaines se serait propagée par continuité de tissus jusqu'au côté opposé.

Berlin et Leber, l'un en 1880, l'autre en 1881, donnent comme origine de l'ophtalmie sympathique une nature infectieuse microbienne : pour l'un cette infection se transmettant par voie veineuse, pour l'autre le long du nerf optique et du chiasma.

Deutschmann, dans sa pathogénie de l'affection, déduit de ses nombreux travaux qu'on doit nettement séparer l'irritation et l'inflammation sympathique ; la voie de transmission est pour lui le long des nerfs optiques et du chiasma.

Schmidt, Rimpler, Greef, Schirmer, Bach reprirent les mêmes expériences.

En 1900, au Congrès international de médecine, Abadie, le premier, appelle l'attention sur l'ophtalmie sympathique survenant après l'énucléation ; il en cite un cas qu'il a eu dans son service. Il y discute la cause et le mode de transmission de cette affection et en donne le traitement employé par lui.

En 1904, Motais reprend la question de la transmission de l'ophtalmie sympathique par voie veineuse et donne le mode de propagation par le système veineux orbito-sinuso-frontal.

En 1907, Santucci émet une théorie dite des cyto-toxines ; pour lui, de même qu'il y a des cyto-toxines ou auto-cyto-toxines rénales, ovariques, il pourrait y avoir des cyto-toxines oculaires, c'est ce qu'il essaie de démontrer par des expériences.

Toutes les expériences et toutes les théories précitées montrent que l'accord n'est pas encore complètement établi, surtout quant au point de vue pathogénique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

(Recueillie à la clinique de M. le professeur Rohmer).

Charles J..., 28 ans, vigneron.

Antécédents héréditaires. — Père mort en 1893 de gastrite chronique. Mère bien portante.

Un frère bien portant, un autre frère et une sœur morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Rhumatismes articulaires il y a huit ans ; un mois au lit. Phlegmon de la main il y a six ans.

Le samedi 11 mai 1895, le malade a reçu dans l'œil droit un bâton lancé avec une certaine force. Hémorragie. Applications de glace. Le mardi, le malade s'est présenté à l'hôpital, et le lendemain on lui fit l'énucléation de l'œil. Le vendredi, le malade sortait de l'hôpital. Pendant un mois, il vint trois fois par semaine se faire panser à la clinique ; au bout de six semaines on pose au malade un œil de verre.

Pendant plus de deux ans, le malade n'a ressenti aucune douleur. Au début de l'été 1897, le malade de passage à Nancy, est venu se présenter à la clinique où on lui fit une injection

sous-conjonctivale de cyanure de mercure. A la suite de cette injection, l'œil pleure pendant deux jours. Le malade faisait chaque soir des lavages d'eau boriquée sur les deux yeux.

En mai 1900, le malade ressentit, du côté de l'orbite de l'œil énucléé, une céphalalgie qui disparut au bout de trois semaines à la suite de l'usage de cachets antinévralgiques.

Trois ans après, à la même époque, les mêmes douleurs réapparurent. Le malade prend de nouveau des cachets, mais sans effet. Il vient alors à l'hôpital où on lui prescrit du pyramidon (10 cachets de 0 gr. 50), mais sans résultat. Il revient et on lui donne de la quinine, la douleur disparaît alors.

Deux ans et demi après, au mois d'octobre, réapparition des mêmes douleurs survenant une fois par jour ou une fois tous les deux jours à la même heure.

Le malade revient à l'hôpital où on lui donne de la quinine, de la phénacétine, et les douleurs disparaissent au bout d'un mois.

Deux ans après, à la même époque, nouvelles douleurs, semblables aux précédentes. On fait quatre semaines de traitement intense par la quinine.

Quand les douleurs surviennent après le repas, elles provoquent parfois des vomissements.

Le malade a remarqué à chaque réapparition des douleurs qu'elles étaient plus vives et que leur durée augmentait.

Vers le 20 novembre 1908, le malade s'aperçoit que sa vue faiblit légèrement. Il voit passer devant son œil comme des étincelles et cela lui arrive plusieurs fois par jour. Les douleurs réapparaissent à nouveau vers cette époque, plus légères que précédemment, mais avec tendance à s'irradier du côté gauche. La vue baissait toujours. Le malade vient à la clinique. L'œil est examiné, on le trouve injecté, et les milieux de l'œil légèrement troubles ne permettant pas facilement de voir le fond de l'œil. On ordonne un traitement à l'iodure de potassium (une cuillerée à bouche avant chaque repas) et des frictions à la pommade belladonée autour de l'œil. Le traitement a été suivi dix jours, puis le malade revient à la clinique le 7 décembre où on lui conseille d'entrer au service, ce qu'il fait le 9.

Le 12, on fait une injection sous-conjonctivale sur l'œil gauche ; lavages boriqués. Le mercredi, le samedi et le lundi,

21, on fait une nouvelle injection. Le 25, le malade sort en ville ; deux jours après l'œil est gonflé et coule beaucoup. Le 30, nouvelle injection. Le malade sort de l'hôpital.

Il fait chez lui des lavages à l'eau boriquée. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, le malade ressentait un peu de douleur du côté malade. A son retour chez lui, il a une légère grippe ; les douleurs frontales ont augmenté. Le 22 janvier le malade vient à la visite, on lui fait une injection. Depuis cette époque, le malade revient régulièrement tous les quinze jours à la visite. Les douleurs qui avaient commencé fin novembre ont alors cessé sans que le malade ait suivi de traitement.

Au commencement de février, nouvelles injections, pommade mercurielle pour frictions. Traitement : dix jours.

Lorsque le malade sort de l'hôpital, son état s'est amélioré.

Sa vision : 1/4.

Le malade se présente à nouveau à la consultation le mercredi 20 avril 1910. Il est admis à l'hôpital.

En l'interrogeant, il nous dit que, depuis fin février il a ressenti presque chaque jour de violentes douleurs du côté gauche (œil sympathisé). Ces douleurs duraient deux à trois heures et disparaissaient sans traitement. Au mois de mars, le malade a perdu sa mère et à la suite de la douleur morale ressentie par cette perte, il y a eu une recrudescence des phénomènes douloureux.

A l'examen, on trouve du côté de l'orbite droit de l'œil énucléé, une certaine sensibilité du moignon. Du côté de l'œil sympathisé, on remarque surtout une très forte tension du globe. La chambre antérieure est claire, l'iris un peu décoloré, la pupille est dilatée à moitié, mais immobile et insensible à la lumière.

On aperçoit assez nettement le fond de l'œil, la papille a un aspect assez normal.

La vision a diminué depuis février.

On a fait le 20, une injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure sur l'œil gauche, traitement que l'on va continuer. Le 21, le malade prétend avoir une amélioration de vision depuis son injection d'hier.

OBSERVATION II (Personnelle).

B... Georges, 15 ans, forgeron.

Père mort de pneumonie, mère bien portante, six frères et sœurs bien portants.

A l'âge de 2 ans, il a été un peu malade mais il ne se rappelle pas de quoi.

Le 30 octobre 1909, le malade faisait fondre du plomb et, en le faisant couler dans l'eau, une parcelle lui a sauté dans l'œil droit. Il s'est présenté à cinq heures et demie à l'hôpital civil, où on retira de l'œil un débris de plomb. A ce moment, la vision était encore assez nette. Le lendemain, la vision était totalement abolie.

Rentré le 31 à l'hôpital, on lui fait, le 1er novembre, l'éviscération, puis l'énucléation.

A ce moment, la vision de l'œil gauche était normale.

Le 20 janvier 1910 le malade revient à l'hôpital, se plaignant que depuis le commencement de décembre, sa vue de l'œil gauche baisse graduellement. On constate du côté de l'œil énucléé des adhérences des bords libres des paupières et de la faiblesse du moignon. On libère le bord libre des paupières en faisant la dissection d'un lambeau cutané à la paupière inférieure. On fait une injection de cyanure d'hydrargyre dans le moignon et une sous-conjonctivale à l'œil gauche.

Le 15 février, l'enfant revient à l'hôpital, sa vision est redevenue normale.

OBSERVATION III

Mathewson (G. H.). — *Ophtalmie sympathique survenant trente et un jours après l'énucléation de l'œil blessé* (*Ophtalm. Record.*, nov. 1908. — D'après la *Revue générale d'ophtalmologie*, déc. 1909.)

Il s'agit d'un malade dont un œil aurait été blessé vingt et un ans auparavant et qui était atteint de panophtalmie. A

différentes reprises, le malade avait présenté des accès de cyclite.

L'on pratiqua l'énucléation de cet œil et trente et un jours plus tard, l'autre œil s'enflamma. Le traitement institué consista en mercure, sudations et instillations d'atropine. La guérison s'obtint difficilement.

OBSERVATION IV

Nuel. — *Ophtalmie sympathique survenue un mois après l'énucléation pour blessure de l'œil par un plomb.* (*Bulletin de la Société belge d'ophtalmologie*, janvier 1903.)

Le malade de Nuel, âgé de 29 ans, essuya un coup de feu à vingt-cinq mètres, plomb de chasse, n° 6. Quatorze jours après, on constate à l'œil droit intact, V. = 5/3 ; à l'œil gauche blessé un léger degré d'inflammation et d'injection ciliaire, une petite perforation circulaire en bas et en dehors à quatre millimètres du bord cornéen. Iris verdâtre, fond d'œil en majeure partie noir à l'ophtalmoscope, rouge par places. Sensibilité lumineuse très incertaine. Deux jours après, énucléation ; on voit que le plomb a percé l'œil de part en part, il est sorti au côté temporal du nerf optique, la rétine est largement décollée, le vitré renferme des caillots sanguins. Six semaines après l'accident, violente irido-cyclite du côté de l'œil sain avec forte injection ciliaire, troubles de l'humeur aqueuse, synéchies postérieures multiples, douleur à la pression. V. = 5/25. A l'ophtalmoscope, on voit vaguement les détails du fond de l'œil.

Traitement. — Demi-obscurité, atropine, frictions mercurielles, sangsues à la tempe. Dix jours après, amélioration des signes d'irido-cyclite, mais le malade ne compte les doigts qu'à deux ou trois mètres, puis V. = 5/18 et enfin 5/10.

A l'ophtalmoscope, névro-rétinite avec hémorragies rétiniennes, six semaines après le début de l'ophtalmie sympathique et encore huit mois après V. = 5/3.

Nuel n'hésite pas à soutenir qu'il s'agit là d'une ophtalmie

sympathique, mais il pense que l'œil droit ne serait pas devenu malade si le blessé ne s'était pas exposé à de fortes intempéries quelques jours avant le début de l'ophtalmie sympathique.

OBSERVATION V

Shaw. — *Sur un cas d'ophtalmie sympathique survenue quarante-sept jours après l'énucléation de l'œil traumatisé.* (*Transact. Ophtalm. Soc.*, page 239.— *Revue générale d'ophtalmologie*, 1902.)

Shaw a soigné une jeune fille de 19 ans dont l'œil gauche avait été perforé avec des ciseaux le 28 mai 1899. Il fit l'énucléation le 28 juin. Le 14 août, l'autre œil s'enflamma et présenta le 23 août une iridocyclite prononcée. Le 14 décembre 1899, la vision était réduite à la perception de la lumière.

OBSERVATION VI

Fage. — *Ophtalmie sympathique apparue un mois après l'énucléation d'un œil blessé.* (*Annales d'Oculistique*, mars 1897.)

Un enfant de 8 ans se fait accidentellement avec un couteau de poche une plaie de l'œil. Cette plaie intéresse l'iris et la sclérotique. On fait des pansements antiseptiques malgré lesquels la panophtalmie apparaît. On fait alors l'énucléation. Un mois, après, irido-choroïdite de l'autre œil, la loge oculaire de l'œil énucléé secrète du pus en abondance. Ces accidents sympathiques se sont arrêtés et l'œil a conservé une vision = 2/3. Le traitement a consisté en lavages de la loge orbitaire, atropine, compresses et injections des deux côtés d'une solution de cyanure de mercure à 1/1000.

OBSERVATION VII

WESTERMANN. — *Un cas d'ophtalmie sympathique huit ans après l'énucléation.* (*Journal des Praticiens*, 2 mai 1908. — *Revue générale*, 1908.)

Cette malade, âgée de 40 ans, avait subi l'énucléation de l'œil gauche huit ans auparavant pour panophtalmie traumatique. Lorsqu'il la vit, elle présentait à l'œil droit tous les symptômes d'une ophtalmie sympathique par irido-cyclo-choroïdite fibrineuse. V. = 00. « La pression sur le moignon du nerf optique gauche provoquait une vive douleur que n'avait jamais ressentie la malade ». Traitement énergique par des frictions mercurielles, du sulfate de duboisine (0,01/5 gr.), compresses chaudes et 50 gr. (?) de calomel à doses fractionnées. Au bout de cinquante jours, les douleurs avaient diminué, l'iris se libérait peu à peu de ses adhérences. Le vitré est encore trouble. Westermann mit alors pendant deux jours consécutifs un centigramme de poudre de dionine sur l'œil avec un bandeau et des compresses très chaudes. Petit à petit, la pupille se dilata normalement et le vitré s'éclaircit d'une façon inespérée. Au bout de vingt jours, la vision était normale, et elle persiste depuis six mois.

OBSERVATION VIII

ABADIE. — (*Compte rendu du XIII^e^ Congrès international de Médecine*, Paris 1900.)

Abadie avait soigné, en 1883, une jeune fille qui, à la suite d'une opération pratiquée sur l'œil droit pour une cataracte congénitale disgracieuse, avait été atteinte d'ophtalmie sympathique de l'œil gauche. Déjà à cette époque, malgré l'énucléation, l'ophtalmie sympathique ne rétrocéda que très lentement et il fallut recourir à un traitement mercuriel très

énergique par les frictions qui faillit enlever la malade. Elle eut un œdème généralisé, jusqu'à plusieurs grammes d'albumine par litre dans ses urines, mais elle finit par guérir complètement.

Quatorze ans se passent. En 1897, cette malade revient le voir, se plaignant depuis quelques jours d'un trouble de la vision dans l'œil resté parfait jusqu'alors.

Il est injecté, douloureux, la pression intra-oculaire élevée. On constate tous les caractères d'un œil devenu glaucomateux par une cause mécanique (synéchies postérieures).

La situation s'aggrave de jour en jour. On pratique une iridectomie, les douleurs cessent, la tension redevient normale, mais le corps vitré reste trouble et après une amélioration passagère de quelques jours, la vision continue à baisser d'une façon inquiétante.

On a recours alors à des injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre à la dose de un centigramme par jour, mais elles n'amènent aucune amélioration ; la vue continue à baisser et bientôt la malade n'y voit plus à se conduire. C'est alors que pensant qu'un foyer d'infection aurait pu persister dans le moignon du nerf optique du côté de l'œil énucléé, Abadie eut l'idée de faire des injections de cyanure de mercure dans le voisinage, c'est-à-dire au fond de l'orbite de ce côté.

Les premières injections furent pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle, mais avec une solution faible (quatre à cinq gouttes d'une solution à 1/1.000), la seringue étant enfoncée aussi profondément que possible dans l'orbite jusqu'au trou optique.

Malgré l'adjonction de 1/100 de cocaïne à la solution, les deux premières furent très douloureuses, les autres moins.

On en pratiqua ainsi cinq.

Dès la première, amélioration notable ; à la cinquième, la malade peut se conduire seule, puis les milieux s'éclaircissent et la vision redevient à peu près normale.

Nouveaux accidents en mars 1899 ; on reprend les injections intra-orbitaires au 1/1.000, mais cette fois sans grand résultat, et ce n'est qu'en augmentant la concentration, en injectant trois à quatre gouttes d'une solution au centième, avec deux centièmes de cocaïne, qu'on put devenir définitivement maître de la situation et obtenir une guérison complète.

OBSERVATION IX

M. Holmes-Spicer. — *Ophtalmie sympathique ayant éclaté quatorze jours après l'énucléation de l'œil blessé.* (*Transaction of the ophtalmological Society of the United Kingdom,* V. XIX. Session 1898-1899.)

Un enfant de 10 ans avait été blessé à l'œil gauche, le 4 juillet, par un morceau de fer blanc. La région ciliaire n'avait pas été atteinte, la chambre antérieure était remplie de sang. Une semaine après, le 12 juillet, situation de l'iris enclavé dans la plaie. L'œil resta douloureux et fut enucléé le 25 juillet. Le 8 août, l'œil droit est légèrement injecté. Tonus = 2 ; la pupille est dilatée, pas de dépôts sur la membrane de Descemet, mais des corps flottants dans la partie antérieure du corps vitré. Nerf optique sain. Traitement : atropine et frictions mercurielles. T. est maintenant normale et V. = 6/9.

OBSERVATION X

Nettleship. — *Ophtalmie sympathique survenant un mois après l'énucléation.* (*Opht. Soc. of Great Britain and Ireland,* décembre 1883.)

Un homme reçut une blessure à l'œil dont on fit l'énucléation quarante-huit heures après le traumatisme. L'opération avait été suivie de suppuration dans l'orbite. Une iritis plastique apparut un mois plus tard dans le second œil, et M. Nettleship l'attribue à l'inflammation des tissus de l'orbite, plutôt qu'à la blessure de l'œil.

OBSERVATION XI

Wood-White. — (*British med. Journal. April* 16, 1881, page 596.)

La malade, une jeune fille de 16 ans, forte et intelligente, se blessa l'œil gauche avec une fourchette le 23 septembre 1880. Lorsqu'elle fut admise à l'hôpital, le 8 octobre, elle présentait une petite plaie scléro-cornéenne, l'iris était enclavé, le cristallin était blessé ; le globe de l'œil était injecté et douloureux. Le jour de son admission, on enleva le cristallin d'après la méthode de Gibson. Après l'opération, on appliqua trois sangsues à la tempe et des compresses chaudes sur l'œil. La douleur ne cessa pas après l'opération, et la tension de l'œil diminuant graduellement, la vue ne revenant pas, on pratiqua, le 22 octobre, l'énucléation du globe.

A cette époque, la vision de l'œil droit était très bonne, et on ne pouvait pas soupçonner une ophtalmie sympathique.

Le 27 octobre (cinq jours après l'énucléation), la malade se plaignit de troubles de l'œil droit, et dit que sa vision devenait moins nette. Le jour suivant, on constata que l'iris était terne et présentait des adhérences avec la capsule du cristallin, il y avait un peu de rougeur ciliaire, l'humeur aqueuse était légèrement trouble, et la vision était réduite à celle des doigts à trois pieds.

Le traitement institué fut : le bandage de l'œil, des instillations d'une forte solution d'atropine, trois sangsues à la tempe et des frictions mercurielles le soir et le matin, ainsi que des cachets de quinine. La pupille se dilata complètement après peu d'instillations d'atropine, et on lui conseilla de ne plus user d'instillations que pour maintenir la dilatation complète de la pupille. En dix jours, la douleur et l'iritis étaient complètement disparues et seule un peu de photophobie subsistait.

On cessa les frictions après quinze jours, et cinq semaines après la vision était tout à fait normale, la photophobie ne

se montrant que lorsque l'œil était en pleine lumière. En février, la vision était 20/XX, l'iris fonctionnait normalement, était large et sans synéchies.

OBSERVATION XII

ERNEST D. BOWERS, M. R. C. S. — *Cas d'ophtalmie sympathique survenue dix-sept jours après l'énucléation de l'autre œil.* (*Ophtalmie Society of the Gloucester General Infirmary.*)

Ellen B..., âgée de 10 ans, bien portante et forte, est admise, le 7 octobre 1882, à l'hôpital de Gloucester souffrant d'une plaie à l'œil. Huit jours avant son admission à l'hôpital, elle coupait un bâton lorsque le couteau dérapa et lui pénétra dans *l'œil*, faisant une plaie verticale au milieu de la cornée. L'incision s'étend à la région ciliaire sur une longueur de deux millimètres, blessant le cristallin et emprisonnant dans les lèvres de la plaie une portion de l'iris. Lorsque je la vis la première fois, l'œil était très rouge et enflammé, il coulait beaucoup ; il y avait de la photophobie, mais pas de douleur, ni de changement de tension. Le cristallin était devenu opaque, il y avait des symptômes d'iritis et la vision était réduite à la perception de la lumière. L'autre œil n'était pas touché. Il fut décidé tout d'abord que l'on pratiquerait l'énucléation de l'œil malade ; malheureusement, le père de l'enfant s'y opposa, et ce n'est que le 13 octobre (près d'une semaine après) que l'autorisation fut obtenue. A ce jour, l'état de l'œil était resté stationnaire et rien à noter à part l'opération, l'autre œil ayant toute l'apparence d'une santé complète et ne présentant pas d'inflammation. Après l'énucléation, on fit l'autopsie de l'œil ; le cristallin était blessé, mais l'iris et la cornée présentaient une apparence normale sans exsudation de lymphe ni épanchement sanguin dans le vitré.

8 novembre. — La malade fut de nouveau amenée à l'hôpital se plaignant qu'elle ne pouvait plus lire les caractères qu'elle lisait bien auparavant. Sa mère s'en était déjà aperçue quatre jours après sa sortie de l'hôpital, mais avait attribué les symptômes à un courant d'air.

L'œil est rouge et humide, mais pas fortement, il y a un peu de photophobie et beaucoup de larmoiement, surtout lorsque la malade fait des efforts pour voir de petits objets. La pupille est contractée et irrégulière, il y a un léger trouble de l'humeur aqueuse, mais pas de douleur ni de changement de tension. Vision = 20/200, et elle lit le n° 5 (Jæger) avec difficulté. On lui ordonna des gouttes d'atropine trois fois par jour et une sangsue à la tempe. Le jour suivant (9 novembre), l'œil paraît mieux. La pupille est plus dilatée, la conjonctive moins rouge et le larmoiement a disparu. On peut voir clairement une synéchie circulaire adhérente à la capsule du cristallin et occupant le côté de la pupille, avant qu'elle soit dilatée avec de l'atropine. A l'ophtalmoscope, on peut voir le fond de l'œil, mais pas très distinctement, il y a un peu de trouble au milieu, la papille apparaît un peu rouge.

10 novembre. — Vision = 20/100. Petit trouble de la rétine, les veines sont pleines et tortueuses, les détails du fond de l'œil sont mieux visibles que la veille. Pas de douleurs.

15 novembre. — Les synéchies diminuent, la pupille est bien dilatée, les veines moins remplies.

20 novembre. — Vision = 20/70. Papille un peu plus rouge que normalement.. L'atropine et le mercure sont cessés et la dernière fois que la malade est examinée, le 30 décembre, la vision = 20/20 ; elle lit le n° 1 (Jæger).

OBSERVATION XIII

Adams-Prost. — *Cas d'ophtalmie sympathique apparue après l'énucléation de l'œil malade.* (*Ophtalmological Society of the United Kingdom, The Lancet,* 20 mai 1882.)

La malade est une jeune fille âgée de 9 ans. Elle présente une plaie sur la cornée, survenue à la suite d'un accident ; cette plaie s'étend un peu sur la sclérotique. On pratiqua l'énucléation du globe trente-quatre jours après l'accident. A ce moment-là, et même une semaine après, il n'y avait aucun symptôme d'ophtalmie sympathique dans l'œil sain. Mais cinquante-six jours après l'accident, l'enfant sent sa vue bais-

ser, et, une semaine plus tard, on remarque une kératite ponctuée. Le traitement consista en frictions mercurielles et en instillations d'atropine et la vision redevint normale peu de temps après.

OBSERVATION XIV

Simeon-Snell. — *Cas d'iritis sympathique apparaissant trente-deux jours après l'énucléation de l'œil pour un accident.* (*Ophtalmological Society of the United Kingdom. The Lancet,* 20 mai 1882.)

Le cas est celui d'un homme âgé de 26 ans, qui, en travaillant, reçut un morceau d'acier dans l'œil le 26 septembre 1881. La plaie intéressait la cornée et le cristallin. Il vint se montrer aussitôt après son accident, et un examen attentif ne montra pas la présence d'un corps étranger dans l'œil. On lui ordonna des gouttes d'atropine et des applications froides. Le jour suivant, il y avait un peu de douleur et le 28 on extirpa le cristallin par une incision faite au-dessus de la cornée.

Les douleurs continuant, on pratiqua le 9 décembre l'énucléation. L'autopsie montra la présence d'un petit morceau d'acier dans la région ciliaire. A ce moment, l'autre œil était normal. On conseilla cependant des instillations d'atropine qui pendant trois semaines dilatèrent la pupille d'une façon convenable. Le 9 janvier, il se présenta avec une forte iritis ; on institua immédiatement le traitement par l'atropine et les frictions mercurielles, et l'affection céda rapidement.

OBSERVATION XV

Stephenson. — (*Ophtalm. Society of the United Kingdom,* page 240, 1901.)

Stephenson rapporte le cas d'un enfant qui reçut une paille d'acier dans l'œil. Vingt jours après l'accident on pratiqua

l'énucléation de l'œil atteint. Malgré cette énucléation, vingt-trois jours plus tard, une iritis se déclare sur l'autre œil ; iritis que Stephenson considère comme une ophtalmie sympathique. L'iritis guérit et la vue redevint normale.

OBSERVATION XVI

BICKERTON. — *Ophtalmie sympathique survenant quelques semaines après l'énucléation de l'autre œil.* (*Opht. Review*, page 247, 1898.)

Il s'agit d'une patiente, âgée de 24 ans, qui reçut un coup avec une paire de ciseaux rouillés, coup qui fit une plaie perforante de l'œil gauche.

Une panophtalmie se déclara qui amena la phtisie du globe. Quelques semaines après, la malade ressent quelques douleurs du côté droit. On pratique l'énucléation. Ces douleurs persistent, et quelques semaines ensuite, se déclare une iritis plastique. Les premières synéchies rétrocédèrent avec l'atropine, mais cependant, à la fin, il se forma des adhérences de l'iris avec le cristallin, nécessitant une iridectomie. En plus, il se produisit un trouble du cristallin.

OBSERVATION XVII

BICKERTON. — *Ophtalmie sympathique trois jours après l'énucléation.* (*Opht. Review*, page 247, 1898.)

Homme âgé de 31 ans, qui reçoit un coup avec un instrument tranchant, amenant une coupure de la cornée, avec hernie de l'iris. Cinq semaines après, on fait l'énucléation. Trois jours plus tard, se déclare sur l'autre œil, une irido-cyclite plastique avec névrite optique.

Sangsues, atropine et frictions mercurielles amenèrent la guérison après un temps assez long et avec une vision = 2/3.

OBSERVATION XVIII

DONALDSON. — (*Ophtal. Review*, page 35, 1897.)

Il s'agit d'un malade ayant reçu un coup dans l'œil droit. Donaldson énucléa l'œil qui était atteint de déchirure subconjonctivale de la cornée et de la sclérotique. Vingt-sept jours après l'énucléation (quarante-sept jours après le traumatisme), se déclare une ophtalmie sympathique. Il institue le traitement avec frictions mercurielles, atropine, etc., mais, malgré ces moyens, l'état se maintint le même pendant cinq ans avec des degrés d'intensité différents.

OBSERVATION XIX

ZENTMAYER (W.). — *Ophtalmie sympathique survenant plus de deux mois après l'énucléation.* (*Ophtalmie Review*, 1900, XIX, page 295.)

Le corps étranger, un morceau d'acier mesurant 14 millimètres de long sur 3 millimètres de large, avait pénétré dans l'œil. On le retira du vitré au moyen de l'aimant de Hirschberg, mais on dut faire l'énucléation trois semaines plus tard à cause de l'apparition d'une forte irido-cyclite.

L'autre œil, à ce moment, apparaissait normal, mais neuf semaines plus tard, il se déclara une irido-cyclite plastique avec une neuro-rétinite très marquée, qui à l'heure actuelle (4 mois après), a à peu près disparu, quoique laissant l'œil un peu endommagé. Une névrite optique se trouvait du côté de l'œil énucléé.

OBSERVATION XX

GOODE (GEO.-H). — *Un cas d'ophtalmie sympathique deux semaines après l'énucléation de l'autre œil.* (*Journ. Amer. Méd. Assoc.*, 1890, XV, page 101.)

Le malade était un petit garçon de 11 ans.

Il fut blessé dans une bataille avec un autre petit garçon, le 3 octobre 1889, et fut amené de suite après l'accident.

Il ne présente aucune ecchymose de la face, car il a reçu à toute force une pierre dans l'œil. L'examen montre une rupture verticale complète de la cornée et l'empiètement de la plaie sur la sclérotique. Il était totalement impossible à ce moment de déterminer exactement les désordres des milieux de l'œil. On expliqua la gravité du mal, et on fit comprendre qu'il serait peut-être nécessaire dans la suite de pratiquer l'énucléation. La plaie ne présentait rien qui pût retarder la cicatrisation, et le traitement fut purement l'expectation.

L'enfant sembla aller très bien pendant quelques jours, ne présentant qu'une très faible réaction inflammatoire de l'œil. Il n'y eut rien d'autre pendant deux semaines. Après ce temps, l'œil était douloureux au toucher, et on ne voyait guère rapidement disparaître l'inflammation.

Il n'y avait absolument aucune crainte du côté de l'œil sain, mais, malgré cela, je proposai l'ablation de l'œil malade, afin que l'enfant pût retourner à l'école, et pour obvier à toute éventualité fâcheuse.

La mère désirant une consultation, j'appelai le docteur Robert Sattler, qui conseilla l'énucléation de l'œil malade ; opération que je fis le jour suivant. Rien de spécial dans l'opération, si ce n'est que la plaie cornéenne n'étant pas cicatrisée, l'œil se vida et rendit l'intervention un peu plus difficile. Cela fait, j'assurai fermement à la mère que l'enfant échapperait à des ennuis futurs. Je donnai à l'enfant les soins post-opératoires usités en pareil cas, jusqu'au moment où

on lui posa un œil artificiel. Je fus très surpris de voir arriver dans mon cabinet deux semaines après, l'enfant qui d'après la mère, aurait reçu un courant d'air. Je ne partageai pas sa manière de voir et établis le diagnostic d'iritis. Un mydriatique montra que la pupille ne se dilatait pas d'une façon égale.

Après un court usage d'atropine, les synéchies furent rompues et la pupille se dilata au maximum. La surface postérieure de la cornée était tapissée de dépôts punctiformes, de sorte que l'inflammation paraissait de nature séreuse-plastique. L'ophtalmoscope ne révéla rien. La vision était réduite à 20/70. L'examen de la cavité orbitaire de l'œil énucléé ne montra rien.

A la suite de ce traitement, l'inflammation diminua, et après quelques semaines, l'œil parut extérieurement normal, avec cependant un léger trouble de la cornée qui disparut avec le traitement. Depuis le mois de février, le malade revint me voir de temps en temps. A l'heure actuelle, sa vision : 20/60.

OBSERVATION XXI

Griffith (A.-Hill.). — *Cas d'ophtalmie sympathique survenant après l'énucléation de l'œil traumatisé.* (*Medical Chronicle,* 1890, XII, page 472.)

Laura A..., âgée de 9 ans, courait, une fourchette rouillée en mains, elle tomba et la pointe pénétra dans l'œil droit. Elle fut admise dans mon service trois jours après ; on remarquait une petite plaie sur le bord marginal de la cornée. L'iris s'enclava dans la plaie, et une iritis purulente fit son apparition avec une petite quantité de pus dans la chambre antérieure. Le cristallin était lésé et s'opacifia, l'œil était injecté et la vision réduite à la perception de la lumière. La malade admise au service, on lui fit une iridectomie.

Les symptômes persistant, on lui fit l'énucléation vingt jours après l'accident. La malade sortit trois jours après l'énucléation, l'autre œil ne montrait aucun signe d'inflammation. Onze jours après qu'elle eût quitté l'hôpital, on la

ramena avec une violente iritis dans l'autre œil. Il n'y avait pas d'inflammation de la membrane de Descemet. Sa mère dit que l'enfant s'était plainte d'une diminution de vision depuis trois jours (c'est-à-dire 8 jours après l'énucléation et 28 jours après l'accident). Malgré le traitement habituel avec des frictions mercurielles, de l'atropine, et la protection de l'œil contre la lumière, l'œil continua à aller de mal en pis, et quatorze mois après l'accident, l'œil se présente ainsi :

Pupille rétractée, iris trouble, dégénéré et rétracté à la périphérie. Vision : perception d'une forte lumière à un mètre.

OBSERVATION XXII

MOOREN. — *Ophtalmie sympathique avec neuro-rétinite survenant à la suite d'énucléation.* (*Berliner Klinische Wochenschrift,* 19 mars 1877, page 155.)

Il s'agit d'une plaie scléro-cornéenne qui nécessita l'énucléation, sans que jusque-là aucun signe de douleur sympathique se soit montré sur le second œil. Le malade quitta l'hôpital semblant très bien portant ; une paire de mois plus tard, il revint, se plaignant de sensations lumineuses subjectives. On ne constata aucune anomalie de l'acuité visuelle, ce qui me permit de rassurer complètement mon malade. Six mois passent à nouveau avant que je revoie le malade. L'acuité visuelle avait baissé, et le numéro 19 Jæger pouvait seul être vu.

Une neurite optique avec un trouble de la rétine environnante s'était établie. Je ne pouvais donc plus douter de l'existence d'une neurite sympathique migratrice. Malheureusement, le malade ne revint plus, ce qui m'empêche de vous donner la terminaison de l'affection.

OBSERVATION XXIII

DERBY (H.). — *Ophtalmie sympathique survenant après l'énucléation. Ablation de l'extrémité du nerf optique et des tissus environnants. Guérison.* (*Trans. Amer. Ophtalm. Socy.*, 1888, 18 Meeting, page 198.)

C. E. B., briqueteur, vint me voir le 28 octobre 1873. Trois mois avant, il avait reçu un fragment de brique dans l'œil gauche ; cet accident fut suivi d'une diminution graduelle de la vision, mais sans douleurs.

En examinant l'œil gauche, je trouvai la pupille petite et adhérente, l'iris était décoloré. Pas de tension.

Vision : 5/100. L'autre œil était normal.

Le lendemain, je fis une iridectomie sur l'œil gauche.

Le 3 novembre, un peu de sang dans la pupille, iris plan, vision comme précédemment.

Le 19 janvier 1874, le malade revient se plaignant de douleurs dans son œil gauche ; je constate de la rougeur et de la tension. Je le soignai pendant une semaine avec de l'atropine et le malade guérit.

Le 10 février, mêmes symptômes que vingt jours avant, douleurs et tension.

Vision : 5/100 comme auparavant.

Je fis à ce moment l'énucléation de l'œil.

L'autopsie de l'œil durci à l'alcool, montra le vitré et la chambre antérieure remplie d'un coagulum blanchâtre et d'une infiltration albumineuse.

La rétine était décollée au sommet, l'iris était attaché à la capsule cristallinienne.

Je ne revis plus M. B., jusqu'au 22 avril. A cette époque, il se plaint de voir des mouches passer devant son œil droit, et dit que sa vue diminue. Je trouvai un peu de rougeur, la cornée un peu trouble, l'iris décoloré et adhérent en plusieurs endroits à la capsule antérieure.

La vision n'était plus que de 20/30.

On mit le malade dans la chambre noire et on lui fit des instillations d'atropine.

Le lendemain, la pupille était dilatée au maximum, la rougeur avait disparu. Deux jours plus tard, l'iris se décolora à nouveau, la pupille était contractée, et l'inflammation reparue.

On appliqua deux sangsues à la tempe et on fit des frictions mercurielles. Cependant le malade eut des douleurs nocturnes.

30 avril. — La douleur nocturne a un peu diminué, mais l'inflammation est plus marquée. Tension de l'œil, affaiblissement de la vue de jour en jour.

2 mai. — Les symptômes s'aggravent. Les douleurs nocturnes reprennent, la chambre antérieure est très profonde. Du côté de l'orbite gauche, on ne trouvait cependant aucune inflammation ni aucune douleur.

Le pronostic était très sombre.

En désespoir de cause, je disséquai un lambeau de la conjonctive formant le moignon et reséquai l'extrémité du nerf optique (2 centimètres).

Pendant la nuit, le malade ne ressentit pas les douleurs habituelles. Vingt-quatre heures après, l'œil commença à s'améliorer doucement.

8 mai. — Rougeur disparue, pupille plus dilatée.

17 mai. — Un peu de rougeur seule persiste, on cesse l'atropine. L'amélioration continue jusqu'au 29, date à laquelle il quitte l'hôpital. La tension avait diminué, de même que la profondeur de la chambre antérieure, la pupille était normalement dilatée, la papille un peu visible.

Vision : 20/70.

11 juin. — Vision : 20/30.

OBSERVATION XXIV

Sattler (Robert). — *Neuro-rétinite sympathique et uvéite séreuse suivant l'énucléation avec implantation d'un œil de verre. Résection du nerf optique. Guérison.* (*Trans. Amer. Ophtalm. Soc.*, 1905, X, page 337.)

Il s'agit d'un malade qui présentait à l'œil gauche une iritis

et une uveite séreuse, ayant nécessité l'énucléation de cet œil. Cette opération avait été suivie de l'implantation d'un œil de verre dans l'orbite.

L'orbite était à ce moment exempt de suppuration et l'œil droit absolument sain.

Quarante-huit jours après l'énucléation de l'œil gauche, le malade se représente à l'hôpital où on constate une forte neuro-rétinite accompagnée d'une uvéite séreuse de l'œil droit. Le malade rentre à l'hôpital et raconte ce qui suit : La veille, en se levant, il remarqua que sa vision avait diminué, son œil était rouge et douloureux. Il resta au lit, où on le traita avec des instillations d'atropine et des fomentations chaudes, traitement qui fit disparaître l'inflammation et la douleur, cependant que la vision restait limitée à la perception de la lumière.

L'examen ophtalmoscopique permit de constater un trouble de l'humeur aqueuse et du vitré, avec une papillo-rétinite typique avec œdème et des dépôts grisâtres sur la papille s'étendant sur la rétine environnante.

Jugeant la situation très grave, je décidai avec le docteur Vail d'intervenir. J'enlevai l'œil de verre et avec beaucoup de difficultés, je parvins à couper un bout de nerf optique long de deux centimètres et demi.

Moins de quarante-huit heures après l'opération, le malade pouvait voir les doigts à 1 mètre 50, et l'irritabilité et l'injection du globe avaient presque totalement disparu.

Pendant les cinq jours qui suivirent, la vision était nette et l'inflammation nulle, lorsque soudain, sans qu'on puisse en expliquer la cause, la vue se perd à nouveau. L'examen montre un fort œdème de la papille, mais pas d'hémorragie.

On le soumit alors à un traitement intensif.

Le 25 mai ou quarante jours après la résection, la papillo-rétinite avait diminué progressivement et la vision était recouvrée.

OBSERVATION XXV

George Ferdinands. M. D. A. Aberdeen. — *Ophtalmie sympathique survenant longtemps après l'énucléation de l'autre œil.* — (*Cas exposé dans une réunion de la « Aberdeen Medico-Chirurgical Society »*.

J. S., à l'âge de 5 ans, se blessa l'œil droit, avec un couteau. Elle fut amenée à l'hôpital royal d'Aberdeen où avec le consentement de la mère, on fit une opération sur l'œil atteint (probablement une iridectomie), huit ou neuf jours après l'admission. Trois semaines après, la malade quitta l'hôpital. Peu de temps après (on ne peut préciser la période exacte), les parents ramenèrent l'enfant, disant qu'elle se plaignait de son œil malade.

Rentrée à nouveau à l'hôpital, on pratiqua l'énucléation.

Le 15 décembre 1891, c'est-à-dire quatorze ans après l'accident, la malade vint me consulter la première fois. Elle désirait porter un œil artificiel, mais l'orbite ne pouvait pas l'admettre. En examinant cet orbite, on le trouva occupé par une masse de conjonctive hypertrophiée, et une bride de tissu cicatriciel limitait les mouvements de la paupière supérieure. On enleva la conjonctive, on coupa cette bride, et la malade put porter l'œil de verre dont elle ne se servait qu'occasionnellement.

Au mois de mars 1895, c'est-à-dire trois ans et quelques mois après que la malade avait commencé à se servir de son œil artificiel, elle revint dans mon cabinet, et me raconta son histoire : « Depuis quelques mois, elle ne se sentait pas bien, et son œil se troublait davantage, semaine par semaine, à un tel point qu'à l'heure actuelle, elle ne pouvait presque plus rien voir ».

A l'examen, on trouva que l'œil était sensible à la pression, qu'il y avait un peu d'injection de la conjonctive et de la sclérotique, qu'il y avait de la kératite, et de l'inflammation de l'iris. La vision était réduite aux doigts à deux pieds. L'orbite droit ne présentait aucun signe d'nflammation et n'était pas

sensible à la pression. On ordonna comme traitement, de l'atropine en instillations, des frictions mercurielles, et de l'iodure à l'intérieur. Sous l'influence de ce traitement, l'œil fit de rapides progrès et le 21 juin, la vision = 6/12.

Malheureusement, cette amélioration ne fut pas permanente, et il y a souvent des rechutes, qui sont améliorées chaque fois par des frictions mercurielles. A l'heure actuelle, le vitré présente des signes de dégénérescence et on peut voir de gros corps flottants. Vision = 6/18.

OBSERVATION XXVI

George Ferdinands. M. D. Aberdeen. — *Ophtalmie sympathique survenant après l'énucléation de l'autre œil.* (*British Medical Journal*, 1898.)

J. W..., régisseur, en 1875, eut un traumatisme de l'œil gauche et suivant ses propres termes, « l'œil était réduit à la pulpe ». On fit l'énucléation quatre jours après. En 1896, il trouva que l'œil artificiel qu'il portait irritait l'orbite, et que son usage lui faisait mal au-dessus du sourcil ; il cessa alors de le porter. A peu près à cette époque, il commença à remarquer qu'il ne pouvait plus aussi bien lire qu'auparavant, et cela continua jusqu'à ce qu'apparussent sur l'œil des signes d'inflammation. Le malade me consulta la première fois, le 26 juin 1897. L'examen de l'œil montra une irido-cyclite très marquée et un dépôt sous-cornéen. L'œil était très sensible au toucher, et le malade se plaignait de fortes névralgies du côté du sourcil et de la tempe.

Vision : les doigts à un mètre. On traita l'œil par des frictions mercurielles et de l'atropine ; le dépôt sous-cornéen disparut et en juillet la vision était : 6/60. En août, pourtant, le processus inflammatoire reprit toute son activité, malgré le traitement. En février 1898, la cornée commença à s'ulcérer. Maintenant l'œil va mieux, et l'ulcération cornéenne semble guérir.

Vision : les doigts à 1 m. 30. On ne peut voir le fond de l'œil.

OBSERVATION XXVII

Dr Colsman (Barmen). — *Neurite sympathique migratrice après énucléation.* (*Berliner Klinische Wochenschrift,* 19 mars 1877.)

Un homme, âgé de 35 ans, vint le 19 juillet 1874, me trouver, après avoir reçu la veille un traumatisme de l'œil droit. Perforation de la cornée et du centre du cristallin. Irido-cyclite violente avec fortes douleurs et œdème des paupières, corps étranger à l'intérieur de l'œil.

Après six semaines de fortes douleurs, énucléation du bulbe atrophié.

Le 12 septembre, quelques jours après l'opération, le malade présente du côté de l'œil jusqu'alors indemne, un œdème occupant à peine le quart du bulbe, bien qu'à l'examen ophtalmoscopique fait de suite, l'on n'ait rien remarqué. Cependant, l'acuité visuelle est tombée à 15/100.

15 septembre. — Trouble évident de la papille et de la rétine environnante, surtout dans la région de la tache jaune. Le champ visuel est fortement rétréci d'une façon concentrique, surtout en dehors et en haut. La mesure du champ visuel est à peu près de 20 centimètres ; en haut : 6 centimètres, en bas : 16, en dehors : 9, en dedans : 17.

Traitement. — Frictions mercurielles, applications chaudes, iodure à l'intérieur.

3 novembre. — Champ visuel plus grand, papille encore un peu trouble, la rétine est de nouveau nettement visible.

19 novembre. — Vision : 15/50.

1er décembre. — Vision : 15/40. La papille n'est plus trouble, la rétine presque normale.

18 décembre. — Champ visuel libre.

3 mars 1875. — Acuité visuelle presque normale, le malade lit le numéro 1 de Jæger.

16 novembre 1876. — La guérison s'est maintenue.

8 mai. — La vision s'améliore, compte les doigts à cinquante centimètres.

12 mai. — Amélioration continue, vision : 20/100, le malade lit quelques lettres du n° 4 de Jæger.

15 mai.— Le décollement rétinien persiste à la partie externe et à la partie interne, opacités dans le vitré.

29 mai. — Le malade s'en va.

5 juin. — Vision : le n° 8 Jæger pour les lettres, et les mots du n° 4 Jæger.

19 novembre. — Vision comme auparavant. L'examen, après instillation d'atropine, montre quelques stries sur le cristallin, de légères opacités dans le cristallin, plus de trace de décollement rétinien, les vaisseaux rétiniens sont normaux.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Nous ne saurions mieux commencer notre chapitre de l'Étiologie de l'ophtalmie sympathique, survenant malgré l'énucléation, qu'en prenant comme point de départ le rapport que M. le Docteur Abadie fit au XIII[e] Congrès international de Médecine en 1900, à Paris. Dans ce rapport, en effet, M. le Docteur Abadie envisage le cas de l'éclosion d'une ophtalmie sympathique survenant quatorze ans après l'énucléation d'un œil malade.

Pour expliquer cette affection tardive, M. Abadie admet une infection également tardive, ou persistant depuis longtemps dans le moignon de l'œil énucléé.

Dans notre observation II, il nous semble d'ailleurs bien que les choses doivent se passer ainsi. Il s'agissait d'un jeune garçon, qui, à la suite d'une énucléation, présenta de l'ophtalmie sympathique de l'autre œil. Il s'était formé des adhérences des bords libres des paupières et

chambre antérieure. Enucléation quatre semaines après l'accident, à cause de violentes douleurs ciliaires ; l'autre œil entièrement exempt de tout symptôme. La plaie guérit normalement.

Quatre jours après l'énucléation, l'autre œil est atteint d'une congestion suivie rapidement d'iritis, bien que la vue reste normale. Un traitement énergique à l'atropine et les frictions mercurielles fut suivi d'une guérison complète. A l'autopsie de l'œil énucléé on trouve un décollement de la rétine avec hémorragie.

OBSERVATION XXXIII

NETTLESHIP. — *Ophtalmie sympathique survenue après l'énucléation.* (*Trans. Clinical Society, London,* 1880, XIII, p. 208.)

Henry Lee, 67 ans, charpentier, blessé par rupture de sa scie, le 28 février 1879.

Admis au service une heure après, il présente une plaie de la sclérotique et de la conjonctive à la partie supérieure, juste à la jonction scléro-cornéenne (siège ordinaire de la rupture), avec hernie de l'iris. La chambre antérieure contient du sang, mais comme il y avait une bonne perception de la lumière et que la plaie n'était pas trop grande, je voulus essayer de sauver l'œil. Après avoir sectionné l'iris une partie du corps vitré sorti et une suture simple de la sclérotique fut faite et le malade resta au lit avec des compresses glacées sur l'œil. L'opération était terminée moins de deux heures après l'accident.

2 février. — Petites douleurs et chemosis.

22 février. — Un peu plus de douleurs.

27 février. — Sécrétion muco-purulente considérable ; chemosis comme avant ; nitrate d'argent.

3 mars. Disparition du chemosis ; perception lumineuse douteuse. On cesse la glace.

4 mars. — On enlève les fils.

6 mars. — Perception lumineuse douteuse ; aucune trace d'irritation sympathique, on propose l'énucléation, l'œil étant évidemment perdu, le malade refuse.

11 mars. — Infiltration de la cornée près de la plaie ; les autres symptômes se maintiennent. On énuclée l'œil (dix-neuf jours après l'accident). La plaie n'est pas cicatrisée, la cornée est infiltrée, le cristallin clair ; un peu de sang dans le vitré et entre la rétine et la choroïde, mais la sclérotique et la choroïde ne sont pas décollées. La plaie guérit normalement, et quelques jours après, le malade quitte le service.

3 avril. — (Vingt-trois jours après l'énucléation, et quarante-deux jours après l'accident), le malade se plaint de quelques douleurs dans l'autre œil. Cependant, cet œil ne présente aucun signe extérieur d'inflammation, et comme le malade était nerveux, on n'attache pas d'importance à ses dires.

Le 9 avril (vingt-neuf jours après l'énucléation), il y avait une iritis séreuse aiguë, mais sans autre affection de la vision l'œil est très congestionné, la chambre antérieure peu profonde, la cornée et l'humeur aqueuse sont claires, la pupille mobile, mais une synéchie se révèle à la partie supérieure par l'atropine ; quelques dépôts cristalliniens, le vitré ne peut être bien examiné. Vision (avant l'usage de l'atropine) : 20/0. Après : 20/50. Il n'y avait pas beaucoup de douleurs.

Le malade étant vieux, mais n'ayant jamais eu de goutte, de rhumatismes, ni de syphilis, je pose le diagnostic d'ophtalmie sympathique.

J'ordonnai trois sangsues et des gouttes de duboisine pour l'œil. Le jour suivant (10 avril), on l'examine à nouveau, et on conseille de continuer la duboisine toutes les deux heures.

Le 11 avril. — Deux sangsues. Après quelques applications de duboisine, le malade devint si intoxiqué et si délirant qu'on cessa l'emploi de la duboisine, et on ne fit plus de traitement après le 12 ; le soir du 13 les accidents toxiques ont presque cessé.

14 avril. — Atropine, trois fois par jour ; deux sangsues. Bien qu'on continue pendant plusieurs jours l'atropine, les symptômes toxiques ne réapparaissent pas.

17 avril. — Il se plaint de ne plus si bien voir ; il est resté au lit continuellement depuis son entrée.

21 avril. — Vision diminuée ; le malade ne peut compter les doigts. La congestion est presque disparue, la pupille est ronde, mais incomplètement dilatée, large décollement de la rétine à la partie intéro-inférieure. (Le malade n'a sûrement reçu aucun coup sur cet œil.)

globe, mais l'iris était inégal. On pouvait voir clairement le fond de l'œil à l'ophtalmoscope.

Vision : 14 Jæger. Le malade partit, et ne revint plus depuis à l'hôpital.

OBSERVATION XXX

Ophtalmie sympathique survenant quarante-huit heures après l'énucléation de l'œil blessé. (*Transact Clinical Society London,* 1880, XIII, page 216.)

Charpentier alcoolique, âgé de 35 ans, présente une rupture de la sclérotique de l'œil droit, près de la limite supéro-externe de la cornée, provoquée par une pierre reçue le 28 mars 1878. Déchirure du cristallin, chambre antérieure remplie de sang, perception de la lumière abolie un jour après l'accident. On enlève le cristallin par incision de la conjonctive. Un peu de douleurs pendant les quelques jours qui suivent. Treize jours après l'accident, l'œil est mou et très sensible, quinze jours plus tard, l'œil est énucléé. Le malade sort cinq jours après. Aucun symptôme de sympathie ne se manifestait à l'époque de l'énucléation. D'après ses dires, le jour qui suivit sa sortie, l'autre œil devint sensible. La possibilité d'une irritation sympathique pouvait donc être posée à peu près six jours après l'énucléation. Il y avait une légère irritation conjonctivale, mais la vision était normale, l'iris mobile et large. Pendant les trois ou quatre semaines suivantes, la congestion varia d'intensité sans devenir cependant très forte, elle fut traitée comme conjonctivite. Pendant ce temps, le malade but.

20 mai. — (Trente-huit jours après l'énucléation et cinquante-trois jours après l'accident), photophobie et congestion ciliaire intense, la pupille se dilate bien avec l'atropine.

23 mai. — (Quarante et un jours après l'énucléation et cinquante-six jours après l'accident), iritis et opacité du vitré avec congestion ciliaire intense. Le malade est réadmis.

Traitement. — Bains de vapeur de calomel pour provoquer de la salivation (dix-neuf pendant les dix-neuf premiers jours, dix pendant les trois semaines suivantes), application de ventouses.

Aucun changement, le premier mois, puis guérison complète et rapide, et départ du malade avec une vision normale deux mois après l'apparition de l'iritis.

Quatre mois après son départ, la vision est restée : 20/20.

OBSERVATION XXXI

Ophtalmie sympathique survenant six jours après l'énucléation. (*Trans. Clinical Society, London,* 1880, XIII, page 211.)

Le malade, âgé de 14 ans, présente une large plaie de la cornée et de la sclérotique de l'œil gauche, avec prolapsus de l'iris et cataracte traumatique, provoquée par l'explosion d'une bouteille de verre. Il refuse une énucléation immédiate. La plaie guérit, mais l'œil était injecté et douloureux, ces symptômes augmentant de jour en jour jusqu'à ce que l'on fît l'énucléation, vingt-sept jours après qu'il avait commencé à hésiter.

On trouva un gros morceau de verre dans l'œil. La plaie guérit normalement. Aucune trace d'affection sympathique n'était apparue avant la date de l'énucléation, et six jours après l'opération l'œil droit était parfaitement bon quant à la vision.

Les symptômes d'infection se montrèrent alors et les caractères d'une irido-choroïdite se manifestèrent graduellement ; malgré tous les traitements institués, la vision est très affablie. Les symptômes aigus persistent encore huit mois après l'intervention, le malade voit avec peine le numéro 19 de Jæger.

OBSERVATION XXXII

Ophtalmie sympathique survenant quatre jours après l'énucléation d'un œil blessé. (*Transact. Clinical Society, London,* 1880, XIII, page 213.)

Plaie perforante de la cornée produite par une lime, inclusion de l'iris, blessure du cristallin, et présence de cils dans la

OBSERVATION XXVIII

Coslman. — *Papillo-rétinite à la suite d'énucléation.* (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 19 mars 1877, page 155.)

Ouvrière, qui depuis longtemps était gênée dans son travail, par un œil staphylomateux et amaurotique ; aucun signe d'inflammation manifeste de l'autre œil. On pratique l'énucléation ; cinq jours après, sensations lumineuses périodiques et trouble de la vision par l'apparition de nuages ; dans l'intervalle, l'acuité visuelle est normale (ceci pouvait s'expliquer par le déplacement de l'exsudat dans le vitré). Trouble péripapillaire de la rétine. L'acuité visuelle diminue de plus en plus (c'est le fait de la pression sur la partie rétrobulbaire du nerf optique ou la pression de l'exsudat à la naissance du nerf, qui sans aucun doute était aussi œdématié que la partie visible du fond de l'œil).

Puis, grâce au traitement institué (frictions mercurielles, saignée locale), le trouble rétinien disparut, et l'acuité visuelle redevint normale.

OBSERVATION XXIX

Cowell. — *Ophtalmie sympathique survenant après l'énucléation de l'œil blessé.* (*Trans. Clinical Society London*, 1880, XIII, pages 206-219.)

Robert D..., âgé de 11 ans, fut admis à l'hôpital royal de Westminster, le 20 septembre 1879. Le malade fendait du bois, lorsqu'une écaille lui sauta dans l'œil droit.

Lors de son admission, l'état de son œil était le suivant : plaie de la cornée à la partie supéro-interne, on pourrait même dire deux plaies, qui se rejoignaient à angle droit. Le globe

est injecté, pas de douleur, mais du larmoiement et de la photophobie.

On ordonne des frictions belladonées. Le jour suivant, le 21, l'iris fonctionnait, mais il paraissait un peu trouble, entre l'iris et la cornée ; le larmoiement et la photophobie étaient toujours aussi grands, au point que l'examen était rendu très difficile. Pendant les huit ou dix jours suivants, les symptômes disparurent doucement, et la première semaine d'octobre, la photophobie et le larmoiement étaient disparus ; bien que le globe restât très injecté, on le considéra comme guéri, il existait un reflet gris-blanc au fond de l'œil. Le 11 octobre, le globe redevint plus injecté et le reflet vert plus marqué. Tension : 3, vision nulle ; on pratiqua alors l'énucléation, mais malheureusement on ouvrit l'œil dont le contenu se répandit.

Le 15 octobre, le malade quitta l'hôpital, sans présenter aucun symptôme d'irritation sur l'œil restant. Le 26 novembre, le malade revint à l'hôpital où il fut de nouveau admis. Il dit que son œil était malade depuis près de trois semaines, il pensait que c'était dû à un courant d'air, et n'alla pas consulter de médecin.

Les conditions de l'œil étaient les suivantes :

Le globe généralement enflammé, mais pas d'une façon excessive. Les vaisseaux de la sclérotique sont plus apparents, pas de douleurs spéciales, mais du larmoiement et de la photophobie. L'iris paresseux et non dilaté. On ordonne des frictions belladonées, et des gouttes d'atropine une fois par jour.

Le 29 novembre, l'iris s'est bien trouvé de la belladone et de l'atropine ; le globe est moins injecté, la photophobie et le larmoiement ont diminué.

On ordonne de continuer les applications locales, et on prescrit vingt centigrammes de quinine trois fois par jour. On met le malade à la diète lactée complète.

Du 29 novembre au 17 décembre, on continue le même traitement, sans remarquer de grands changements du côté de l'œil, mais il semblait que des modifications s'opéraient très lentement, le malade lui-même avouant qu'il voyait mieux. On ordonna alors 0.05 centigrammes de cyanure d'hydrargyre et 0.05 centigrammes de quinine trois fois par jour.

Le 31 décembre, il ne reste plus qu'une légère injection du

Si, cependant, les auteurs précités ont pu constater dans leurs recherches, la présence d'éléments infectieux, il en est nombre d'autres parmi lesquels Nardenson, Poncet, Schernier et Grunert qui, malgré leurs investigations, n'ont pas réussi à trouver trace de micro-organismes dans les yeux dont ils firent l'étude.

Gama Pinto, ces dernières années, fit également l'étude de plusieurs yeux sympathisants et, malgre le soin apporté par lui dans son étude, il ne découvre pas trace de microbes.

Les méthodes de coloration les plus employées furent celles de Lœffler, au bleu de méthyle, celles de Gram, de Weiggert et de Kuehne.

Aux résultats négatifs obtenus par ces derniers auteurs, les promoteurs de la théorie microbienne ont objecté qu'il est toujours possible de retrouver des micro-organismes dans les yeux atteints d'ophtalmie sympathique, et que si on a eu de nombreux insuccès, ces derniers sont dus plutôt à une modification apportée dans l'œil par les substances employées à le fixer.

Ces substances, en effet, telles que le formol, l'alcool à 90°, l'acide azotique et le bichromate de potasse, peuvent être suffisantes pour modifier les recherches, et partant les résultats.

A ces travaux microscopiques simples devaient forcément se rattacher des recherches par ensemencements et cultures ; c'est ce que firent les premiers Rœhlmann et Deutschmann. L'agar-agar, le bouillon, la gélatine semblent, d'après leurs expériences, leur avoir donné des résultats.

En effet, Deutschmann put obtenir des cultures de sta-

phylocoques blancs ou dorés, et Limbourg croit avoir isolé un micro-organisme qui serait d'après lui spécifique de l'affection.

Ces dernières recherches furent faites par Deutschmann à la fois sur l'œil sympathisant et l'œil sympathisé grâce à une ingénieuse méthode. Il recueillit par paracentèse de l'humeur aqueuse et par iridectomie une parcelle d'iris de l'œil sympathisé, prélèvements qui lui permirent d'étendre ses investigations.

Dans ces cas, même, il obtint des résultats positifs et trouva dans trois cas du staphylocoque blanc tandis que dans les autres il rencontrait le staphylocoque doré ou même le mélange des deux.

Cette théorie, comme nous l'avons déjà montré dans notre chapitre « Etiologie », semble très rationnelle lorsqu'il s'agit d'ophtalmie sympathique survenant après l'énucléation.

Cependant, la diversité des résultats obtenus, positifs dans certains cas, négatifs dans d'autres, a poussé naturellement à rechercher de l'affection sympathique une autre cause satisfaisant la théorie infectieuse.

2° *Théorie des cyto-toxines.* — C'est, en effet, ce qui amena en 1907 Santucci à émettre une idée nouvelle, celle de l'infection par des cyto-toxines.

D'après ses propres paroles, « l'idée de penser à une théorie plus rapprochée des progrès scientifiques, basée sur des faits biologiques acceptés par tous, et qui puisse expliquer tous les phénomènes de l'ophtalmie sympathique lui est venue en étudiant des applications de la théorie de la réaction biologique de l'organisme à des injections de poisons, de bactéries et de cellules ».

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Il n'est guère de partie dans l'étude de l'ophtalmie sympathique qui ait autant que la pathogénie de cette affection suscité de recherches et fait émettre des opinions aussi diverses de la part des auteurs qui en ont étudié les causes et le mode de propagation.

Dans ce chapitre nous allons donc rappeler brièvement les diverses théories émises en discutant chaque fois leur valeur dans les cas d'ophtalmie sympathique survenant après l'énucléation.

Ce furent Berlin et Leber qui les premiers montrèrent la possibilité de l'infection comme mécanisme de la transmission sympathique. Après eux, un grand nombre d'auteurs recherchèrent dans les milieux oculaires de l'œil sympathisant et, quelques-uns, dans ceux de l'œil sympathisé, la présence possible de micro-organismes.

Cette recherche était rendue très difficile, surtout celle qui concerne l'œil sympathisé, car s'il est possible de faire

l'autopsie d'un œil sympathisant énucléé, les cas où on a pu faire celle de l'œil sympathisé ont été et restent excessivement rares.

1° Théorie microbienne. — Leber, en 1881, fut le premier qui examina à l'état frais des coupes du nerf optique provenant d'un œil sympathisant et crut y reconnaître la présence de corpuscules inégaux, mobiles et changeant de forme.

Snellen peu de temps après trouva aussi dans un œil énucléé des corpuscules mobiles, et en 1884 Deutschmann se servit de moyens de coloration plus perfectionnés qui lui permirent de trouver, sur quelques yeux examinés, certains qui étaient remplis de micro-organismes.

Comme il le rapporte dans les Archives d'Ophtalmologie de De Græfe, il trouva tantôt des bacilles plus ou moins grands, tantôt des cocci de taille variable. Quant au siège où il les trouva, c'était tantôt la plaie soit traumatique, soit opératoire, tantôt la chambre antérieure, tantôt enfin le vitré et le nerf optique et ses gaines.

Il eut même l'heureuse fortune d'étudier les deux yeux d'un individu qui était atteint d'ophtalmie sympathique. Ses recherches portèrent à la fois sur l'œil, le nerf optique et le chiasma ; il trouva au niveau de tous les points où il y avait inflammation, une infiltration par de petits bacilles.

Au Congrès de Heidelberg en 1893, Wagenmann cita également deux cas d'ophtalmie sympathique où il avait trouvé à l'autopsie des cocci et des bacilles dans le vitré et le nerf optique. Secondi, Meyer et Zimmermann trouvèrent également des cocci et des bacilles dans les yeux énucléés et sympathisants.

— Dans 5 cas seulement, les accidents sympathiques ont apparu plus de deux mois après l'énucléation, et ils se classent de la façon suivante :

Observation VII.....	8 ans.
Observation I (personnelle).....	13 ans.
Observation VIII (Abadie).....	14 ans.
Observation XXV.....	17 ans
Observation XXVI.....	21 ans.

Dans ces cas d'ophtalmie sympathique tardive, il faudrait donc admettre une autre cause, que la latence microbienne d'Abadie. Aussi l'idée d'une infection à travers les irrégularités de la cicatrice, infection due soit au traumatisme provoqué par le port d'un œil de verre souillé ou toute autre cause extérieure, semble devoir être justifiée dans les ophtalmies sympathiques tardives.

Quoi qu'il en soit, on ne peut en tout cas accepter l'objection que certains auteurs ont faite et qui consiste à prétendre que l'énucléation est capable par elle-même de donner de l'ophtalmie sympathique, considération qui les a poussés, comme nous le verrons, à proposer le remplacement de cette opération par d'autres interventions.

On ne conçoit pas, en effet, par quel processus l'énucléation pourrait donner naissance à l'ophtalmie sympathique. S'il est un fait admis aujourd'hui que l'énucléation, surtout pratiquée dans les cas de panophtalmie, peut donner naissance à une méningite, il ne semble pas que cette opération puisse faire éclater par elle-même une inflammation sympathique. A cette objection, on ne peut que répondre par les théories précédemment émises de la latence microbienne soit dans le nerf, soit dans le globe lui-même, ou alors, la cause de l'ophtalmie sympathique

est un manque d'asepsie opératoire ayant permis l'infection ultérieure du moignon et la transmission de micro-organismes, à travers le nerf optique ou ses gaines, du moignon infecté à l'œil sain.

On a enfin invoqué l'état général du sujet, le sexe, l'âge comme influençant sur l'éclosion de l'ophtalmie sympathique après une énucléation.

L'alcoolisme, la tuberculose, les maladies intercurrentes seraient capables de favoriser l'éclosion de phénomènes sympathiques.

La femme serait un terrain plus propice à cette affection qui dépendrait également de l'âge.

D'après nos observations, sauf dans une où le malade était un alcoolique, il ne semble pas qu'on puisse tirer des conclusions très nettes à ce point de vue.

infection de la cavité orbitaire. Il a suffi de rompre ces adhérences et de faire de l'antisepsie pendant deux ou trois jours, pour voir les phénomènes s'amender, puis totalement disparaître. Le traitement que fit suivre M. Abadie, à son malade, ne fait d'ailleurs que confirmer cette manière de voir; il a suffi, là aussi, après avoir essayé divers remèdes sur l'œil sympathisé, de faire une antisepsie rigoureuse sur le moignon de l'œil énucléé, par des injections de cyanure de mercure, pour voir en quelques jours tout phénomène sympathique disparaître.

« N'est-on pas autorisé à penser que, dans ces cas, au moment de l'énucléation de l'œil sympathisant, le processus infectieux a déjà dépassé les limites du globe oculaire et a envahi le nerf optique ? Il peut rester cantonné en ce point plus ou moins longtemps, puis, sous l'influence de causes encore inconnues, la virulence des germes infectieux venant à être exaltée, l'envahissement des parties voisines a lieu.

« Le seul moyen de l'arrêter, c'est d'injecter in situ, dans le voisinage même du foyer infectieux, quelques gouttes d'une solution de cyanure de mercure assez forte (au centième). »

Telles sont les conclusions que tire M. Abadie.

Cette façon d'envisager l'étiologie de l'ophtalmie sympathique survenant après l'énucléation, concorderait complètement avec les recherches faites par Deutschmann sur le nerf optique et le chiasma.

Comme nous le rappelons dans notre chapitre Pathogénie, cet auteur trouva, en effet, soit dans la gaine du nerf optique, soit dans le nerf lui-même, soit dans le chiasma, des micro-organismes. Comment donc ne pas

admettre que, sous l'influence d'une cause quelconque, ces micro-orgamismes puissent acquérir une vitalité nouvelle qui les rende capables de continuer leur migration et infecter l'œil resté jusque là indemne ?

M. le *Docteur Darier*, dans la discussion du rapport de M. Abadie, dit ne pas croire à une répullulation des éléments infectieux au niveau du moignon périphérique du nerf optique de l'œil énucléé. Pour lui, l'action thérapeutique rapide obtenue par l'injection d'une solution mercurielle forte à ce niveau n'en serait pas une preuve absolue. Il serait plus disposé a penser que la nouvelle poussée inflammatoire est due au réveil de microbes restés à l'état latent dans le globe oculaire lui-même.

De nombreux auteurs, tout en se rangeant à la manière de voir d'Abadie ou de Darier, émirent cependant un doute, quant aux ophtalmies sympathiques survenant un temps très long après l'énucléation. Ils acceptaient volontiers ces deux théories, lorsque l'inflammation sympathique se montrait moins d'un ou deux mois après l'intervention, mais rejetaient totalement du cadre de l'ophtalmie sympathique les cas survenant plusieurs années après l'énucléation.

Parmi les trente-trois observations que nous avons pu rassembler :

— Treize montrent l'ophtalmie sympathique survenant moins de trois semaines après l'intervention ; l'intervalle le plus court entre l'énucléation et l'apparition des premiers symptômes de sympathie ayant été de 48 heures (Observ. III).

— 15 cas montrent cette affection se déclarant entre vingt jours et deux mois.

Il émet donc la théorie des cyto-toxines, c'est à-dire des sérums à action toxique élaborés par tel ou tel autre organe de l'économie. De la même façon, dit-il, qu'il existe des cyto-toxines ou auto cyto-toxines rénales, ovariques, etc., de même il pourrait y avoir des cyto-toxines oculaires.

Santucci essaie par trois séries d'expériences de le démontrer. Dans une première expérience, il énuclée des yeux sains, en fait une émulsion dans de l'eau distillée et stérilisée et l'injecte à un lapin : 1° sous la peau ; 2° sous la conjonctive.

Dans une seconde série, il énuclée des yeux sains, fait une émulsion et l'inocule sous la peau d'un lapin ; il extrait le sérum du sang de l'animal traité et inocule de ce sérum à un animal de même espèce que celui dont l'œil provient.

Enfin, dans une troisième expérience, il traumatise gravement un œil, il le laisse dans l'orbite de façon à provoquer un processus qui s'approche de la phtisie du bulbe. Ceci obtenu et après plusieurs jours, il énuclée cet œil, fait une émulsion et en inocule à un lapin sous la peau et sous la conjonctive.

Ces expériences lui ont semblé offrir un grand intérêt quant aux résultats, car, sauf dans la troisième série, il a obtenu des ophtalmies sympathiques du côté de l'œil primitivement sain. Mais, de l'aveu même de l'auteur, ces recherches très longues et laborieuses ne sont pas encore en nombre suffisant pour permettre d'établir définitivement la théorie.

Comme on le voit, on ne peut opter d'une façon défini-

tive pour cette théorie, et seules des recherches postérieures pourront peut-être trancher la question.

Mode de transmission.

Mode de transmission. — Une seconde question se pose : quel est le mode de transmission de l'ophtalmie sympathique de l'œil sympathisant à l'œil sympathisé ?

Cette question a donné lieu, elle aussi, à de nombreuses théories.

Théorie ciliaire. — Une des plus anciennes en date est celle formulée par Mueller en 1858. Elle a trait à la transmission sympathique par les nerfs ciliaires.

Pour appuyer sa théorie, il faisait valoir quelques recherches faites sur des yeux sympathisants chez lesquels il aurait reconnu une atrophie du nerf optique et conservation complète des nerfs ciliaires. Se basant sur ces faits, il admet que l'infection ne peut que suivre des nerfs en état de bonne conservation, donc, dans le cas présent, les nerfs ciliaires. A l'appui de sa théorie, il cite le fait clinique que l'ophtalmie sympathique débute toujours dans le tractus uvéal qui est soumis à l'innervation des nerfs ciliaires.

Cette théorie, très plausible de prime abord, suscita des recherches de la part d'autres auteurs. C'est ainsi que Mooren et Rumpf essayèrent par l'expérimentation de démontrer le bien-fondé de cette idée.

Ils mirent à nu l'iris d'un œil de lapin et l'irritèrent avec de la teinture de moutarde ; ils constatèrent une

vive inflammation de cet œil et quelque temps après, également l'inflammation de l'autre œil se traduisant par une décoloration de l'iris et un trouble de l'humeur aqueuse.

Dans des expériences faites plus récemment, par Bach, ce dernier trouva des résultats à peu près analogues, ce qui le poussa à émettre l'idée que la transmission se ferait par voie réflexe, en passant des nerfs ciliaires au ganglion ciliaire et gagnerait le plexus carotidien par la racine sympathique, ensuite le long du cercle artériel de Willis, il atteindrait le plexus carotidien de l'autre côté et arriverait par là à l'autre œil.

Cette théorie peut être exacte dans certains cas d'ophtalmie sympathique anté-opératoire, mais est peu plausible au point de vue de l'iritation sympathique survenant après une énucléation.

Comment admettre en effet la transmission par les nerfs ciliaires, dès l'instant que l'œil est énucléé ? Mais, diront les promoteurs de la théorie ciliaire, l'irritation est amorcée et reste latente pendant un certain temps dans l'œil sain pour ne se déclarer qu'au bout d'un certain temps. De notre côté, nous répondrons que certaines de nos observations nous montrent une ophtalmie sympathique jusqu'à 20 ans après l'énucléation et que la latence de l'irritation ne saurait être admise pendant un temps aussi long.

Théorie veineuse. — Une autre théorie est la transmission sympathique par voie veineuse. Après avoir été prônée par Mackenzie qui se demanda alors si l'infection adoptait comme voie les parois des vaisseaux eux-mêmes ou le courant sanguin, cette idée a été reprise par Motais.

Cet auteur, en effet, dans un rapport qu'il fit en septembre 1904, au X^e^ Congrès d'ophtalmologie à Lucerne admet la propagation des germes infectieux d'un œil à l'autre. C'est le système veineux orbito-sinuso-frontal qui servirait de chemin à l'infection.

« Les deux veines ophtalmiques, dit-il, communiquent entre elles en arrière par les sinus caverneux et le sinus coronaire, voire même par le sinus occipital transverse, et surtout en avant par l'intermédiaire des veines angulaires qui sont réunies par-dessus la racine du nez par l'arcade nasale. Cette voie veineuse est tout indiquée pour la propagation des germes puisqu'il n'existe aucun obstacle au reflux du sang de l'un à l'autre côté. »

Ce serait grâce à un effort violent de toux, de défécation, d'accouchement, que le mécanisme de l'infection se produirait, permettant aux microbes et aux toxines de passer d'un œil à l'autre.

Cette théorie a donné lieu elle aussi à quelques critiques. Comment se ferait-il, en effet, qu'on n'observe pas d'infection de l'autre œil ou d'ophtalmie sympathique chaque fois qu'un œil est le centre, soit d'une forte suppuration, soit d'un néoplasme du globe ?

Comment surtout dans les ophtalmies sympathiques survenant à la suite d'énucléation, admettre l'intermédiaire de la voie veineuse de Motais ?

Faudrait-il admettre, dans ce cas, comme on l'a fait dans la théorie ciliaire, une incubation plus ou moins longue dans les capillaires choroïdiens de l'œil sympathisé et cela par embolie, ainsi que l'a prétendu Berlin en 1880 ? Le long intervalle qui peut séparer l'apparition des phénomènes sympathiques de l'énucléation ne nous permet

pas de nous prononcer d'une façon définitive en faveur de cette façon de voir.

Ces temps derniers, Römer a repris cette théorie veineuse, en envisageant la transmission sympathique après l'énucléation de l'œil malade. Pour lui, il y aurait des microbes non visibles qui seraient charriés de l'œil dans un organe tel que le foie ou la rate, organe dans lequel ils seraient à l'état de puissance sans y occasionner de lésion. Survienne une influence propice, ce virus repris par la circulation générale serait porté dans l'œil sain pour y déterminer des lésions.

Cette théorie est déjà plus en rapport avec notre sujet de l'ophtalmie sympathique après l'énucléation, mais aucune expérience n'ayant été faite, comme pour les théories précédentes, on ne peut adopter cette idée comme mode unique de transmission.

Théorie mixte. — Il était tout indiqué, après avoir émis les théories ciliaires et sanguines d'essayer de les concilier, c'est ce qui fit Schmidt-Rimpler.

Il soutint l'idée que les nerfs ciliaires n'agissent que par voie réflexe sur l'œil sain en occasionnant des troubles circulatoires. A ce moment la voie veineuse entre en jeu, et les microbes ou toxines partant de l'œil sympathisant trouveraient dans l'œil sain un terrain très propice à leur développement et à leur action.

Un troisième facteur fut ajouté par Panas comme condition de l'éclosion de l'ophtalmie sympathique, c'est l'état de plus ou moins grande résistance de l'individu.

Ce troisième facteur semble ne pas être cependant une condition *sine qua non*, car dans notre observation personnelle n° 1 et dans plusieurs autres, il semblerait, au

contraire, que les individus atteints d'ophtalmie sympathique aient été des sujets bien portants, non alcooliques ou bacillaires.

Théorie optique. — Une dernière théorie enfin est la théorie de Deutschmann, ou de la transmission de l'inflammation par le nerf optique. Nous avons rappelé au début de ce chapitre les recherches auxquelles s'était livré Deutschmann. Les nombreuses autopsies qu'il fit d'yeux sympathisants et les recherches microscopiques sur le nerf optique et les gaines lui ont permis de constater dans plusieurs cas la présence de micro-organismes, bactéries ou microbes, qu'il retrouva jusque dans le chiasma.

La pratique semble d'ailleurs lui donner raison. Les opérations diverses qui ont été conseillées lors de la persistance de l'ophtalmie sympathique ou lors de l'éclosion de cette affection après l'énucléation, semblent tout à fait en rapport avec cette façon d'envisager la transmission de l'ophtalmie sympathique.

Comme on le verra dans le traitement de l'affection et comme nous en rapportons plusieurs observations, il a suffi dans plusieurs cas de reséquer une partie du nerf optique pour voir les phénomènes sympathiques s'amender et disparaître.

Nous croyons que l'opération conseillée par de Lapersonne et consistant à porter la pointe du thermo-cautère dans le fond de l'orbite de l'œil énucléé n'a pas d'autre façon d'agir qu'en détruisant la portion terminale du nerf optique et, partant, les microorganismes qui peuvent s'y trouver.

Cette théorie nons permet aussi d'expliquer comment une ophtalmie sympathique peut survenir assez longtemps

après l'énucléation. Les microbes ou autres toxines peuvent parfaitement rester un temps assez long localisés à la partie terminale du nerf optique et dans sa gaine. Qu'il survienne une condition extérieure quelconque influençant ou irritant le nerf, soit le traumatisme provoqué par le port d'un œil de verre défectueux, soit tout autre cause extérieure ou une affection générale, les microbes acquièrent une vitalité nouvelle et peuvent dans ce cas provoquer une inflammation de l'œil sain.

Cette théorie serait appuyée également par la façon d'envisager le début de l'ophtalmie sympathique de Colsmann et de Schirmer. Pour eux cette affection débute toujours par une papillo-rétinite qui peut même exister comme symptôme unique de l'inflammation sympathique, et, comme nous l'avons rapporté dans notre symptomatologie, les cas étudiés par Colsmann nous montrent cette papillo-rétinite survenant après l'énucléation..

Toutes ces considérations nous poussent à adopter pour la transmission de l'ophtalmie sympathique la théorie de Deutschmann ou la transmission à travers le nerf optique et ses gaines jusqu'au chiasma et de là par le nerf optique opposé, à l'autre œil.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les recherches anatomo-pathologiques faites sur des yeux sympathisés, recherches qui sont les plus intéressantes au point de vue du sujet que nous traitons, ont été peu nombreuses, et Gama Pinto qui les a rassemblées n'en trouve qu'une dizaine.

On conçoit en effet qu'il est rare, à moins d'occasions absolument particulières, ou de mort survenant chez des individus atteints d'ophtalmie sympathique, qu'on puisse pratiquer l'énucléation de l'autre œil pour en faire l'autopsie.

Le premier qui eut l'occasion de se livrer à des recherches anatomo-pathologiques sur un œil sympathisé fut *Pagenstecher* en 1873.

Un malade avait reçu un coup de couteau souillé de sang dans l'œil gauche, la plaie s'étant infestée et des phénomènes sympathiques s'étant montrés du côté de l'autre œil, on fit l'énucléation qui enleva le malade quelques jours après par méningite.

On trouva à l'examen de l'œil sympathisé, l'iris anormalement épaissi ainsi que le corps ciliaire et la choroïde. Une énorme infiltration cellulaire occupait tout le *tractus uvéal*, dont elle masquait la structure histologique. La rétine, légèrement épaissie, était aussi envahie de leucocytes, surtout dans la papille et son pourtour.

Becker en 1882 donna la seconde observation. A la suite d'un coup de fouet reçu dans l'œil droit, un jeune malade vit éclater une panophtalmie suivie de tétanos et d'irritation sympathique du côté de l'œil gauche. L'examen ophtalmoscopique qui en fut fait les quelques jours qui suivirent l'éclosion des accidents, montra une névro-rétinite avec œdème papillaire et trouble rétinien.

Le malade étant mort quatorze jours après l'accident, l'autopsie de l'œil gauche fut pratiquée. On ne voit pas trace de méningite, mais comme dans le cas précédent, une forte infiltration cellulaire de la papille et de la rétine.

La choroïde était hypérémiée et fortement épaissie du côté interne. Les deux nerfs optiques et leurs gaines étaient infiltrés de cellules.

Deutschmann, qui établit sa théorie de la transmission de l'ophtalmie sympathique par le nerf optique, sur ses recherches miscroscopiques et anatomo-pathologiques, put faire porter ses investigations sur un œil énucléé.

A la suite d'une iridectomie faite sur l'œil droit, une inflammation lente de l'œil se produisit qui amena rapi-

dement la cécité. Cinq mois après, apparition des symptômes d'une papillo-rétinite sur l'autre œil, l'énucléation proposée au malade ne fut pas acceptée.

Le malade étant mort de généralisation cancéreuse quelques mois après, on fait l'autopsie de l'œil sympathisé et on trouve la papille œdématiée et infiltrée de cellules rondes ainsi que la rétine.

La choroïde est épaissie, l'iris et le corps ciliaire envahis de leucocytes.

Un exsudat fibrineux occupait les deux chambres. *Deutschmann* trouva enfin dans le nerf optique une infiltration cellulaire, qui se continuait jusqu'au chiasma; les gaines étaient également le siège de cette infiltration.

Les mêmes lésions se retrouvent dans un cas observé par Zimmermann.

En 1892, Schirmer donna l'exposé de ses recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur l'ophtalmie sympathique.

Les deux cas qu'il rapporte dans les *Græfes-Archiv für Ophtalmologie*, sont les suivants:

Un jeune garçon se blesse à l'œil gauche en tombant; quelques semaines après, l'œil droit est le siège d'irritation sympathique.

On pratique alors l'énucléation de l'œil blessé. L'œil sympathisé atteint d'une uvéite plastique aiguë et ne permettant aucun repos au malade, malgré les traitements médicamenteux employés, on énuclée le second œil. On trouve à l'examen microscopique une infiltration considérable de la papille, un gonflement du tractus uvéal qui était aussi infiltré de cellules rondes.

Les mêmes remarques furent faites dans le second cas.

En 1900 et 1901, *Grünert* fait paraître dans le *Klinisch Monatschrift für Augenheilkunden*, deux observations d'autopsies d'yeux sympathisés où il retrouva les mêmes altérations que dans les cas précités, avec gonflement et infiltration de la papille, épaississement de l'iris et du corps ciliaire.

En 1904, *M. Ruge*, dans un travail très approfondi paru dans les *Græfes-Archiv für Ophtalmologie* fait des recherches anatomo-pathologiques sur l'ophtalmie sympathique et, parmi les cas étudiés, deux ont trait à des yeux sympathisés.

Dans le premier, il s'agit d'un enfant tombé dans la rue et qui se blessa l'œil gauche ; celui-ci s'enflamma et la vue se perdit de ce côté. Quatre semaines plus tard, on remarqua une inflammation de l'autre œil ; quelques semaines après, une phtisie douloureuse du globe se déclara du côté gauche. On constatait sur l'œil blessé une plaie verticale de la cornée et de la sclérotique ; la chambre antérieure était plus profonde qu'à l'état normal, l'humeur aqueuse était trouble, l'iris épaissi, la pupille très petite.

Du côté de l'œil droit, symptômes d'irido-cyclite avec hypertonie et staphylome ; de plus, violentes douleurs. On énuclée d'abord l'œil sympathisant, et quelque temps après l'autre œil.

Les troubles de l'œil sympathisé étaient les suivants : la choroïde était épaissie, ses vaisseaux étaient élargis. La chambre antérieure, très profonde était remplie de dépôts ; l'iris, le corps ciliaire, la choroïde et en grande partie la rétine, se trouvaient infiltrés de cellules rondes avec des noyaux relativement gros, se laissant mal colorer. Le nerf optique était légèrement atrophié et

montrait entre ses faisceaux des cellules épithéliales et des cellules géantes.

Les mêmes remarques furent faites, mais d'une façon plus prononcée, du côté de l'œil sympathisant.

Dans le second cas, un enfant avait reçu un éclat de bois dans l'œil droit et à la suite de cet accident l'autre œil, trois ans plus tard, fut le siège d'une irritation sympathique qui nécessita l'énucléation de l'organe sympathisant.

L'autre œil dut être également énucléé à cause de la gravité de l'uvéite et des douleurs qu'elle occasionnait. L'étude histologique des différentes parties de l'œil montra les mêmes modifications que dans l'observation précédente.

Madame Gourfein-Welt cite en 1905 quelques cas de lésions inflammatoires existant autour et dans les vaisseaux rétrobulbaires. Les préparations microscopiques qu'elle fit proviennent aussi d'un œil sympathisé, de onze yeux sympathisants et de deux yeux atteints d'iridocyclite d'origine traumatique qui menaçaient d'une ophtalmie sympathique. Les altérations constatées furent : 1° amas de cellules rondes, mononuclées autour des vaisseaux rétrobulbaires ; 2° présence dans les vaisseaux de cellules polynucléées en nombre plus grand qu'à l'état normal ; 3° altération des parois des vaisseaux.

Il y a un mois enfin, M. A. Wagenmann, de Iena, fit paraître dans les *Von Græfes Archiv für Ophtalmologie* une étude microscopique d'un cas d'ophtalmie sympathique où les deux yeux furent l'objet de recherches au stade de début de l'affection.

Le malade dont il s'agit avait reçu, le 29 août 1908, un

éclat de bois dans l'œil gauche, éclat qui fit une petite plaie de la cornée avec subluxation du cristallin en bas et en dedans, avec un peu d'augmentation de pression. Malgré l'instillation d'ésérine, la pression continua à augmenter et on enleva le cristallin.

A la fin de septembre apparut une légère injection du globe oculaire. On pratiqua l'énucléation de l'œil gauche le 9 octobre, car une irritation sympathique s'était déclarée du côté de l'œil droit.

Le 12 octobre apparut de nouveau l'injection de l'œil droit.

L'iris qui au début était complètement décoloré semble un peu coloré ; deux fines synéchies sont visibles en haut. Le fond de l'œil est légèrement voilé, la papille est hypérémiée. Malgré le traitement, l'inflammation augmente. Le 16, on remarque un trouble de l'humeur aqueuse et du vitré. Le malade se plaint de violente céphalée.

Dans la nuit du 29 au 30, le malade a une attaque d'apoplexie et meurt le 2 novembre.

L'autopsie permet de voir que le malade avait une broncho-pneumonie gauche, de l'endocardite de la valvule mitrale et de l'endartérite aortique. Du côté de l'hémisphère gauche, on constate un assez gros épanchement sanguin.

On fit alors l'autopsie de l'œil sympathisant et de l'œil sympathisé. L'étude du premier montra la conjonctive très fortement injectée au voisinage de la cicatrice Cette cicatrice était couverte d'un enduit épithélial épaissi, sous lequel se trouvait une masse de cellules lymphoïdes. L'iris est également épaissi et infiltré.

En somme, la cornée ne présente pas de changements remarquables, sinon qu'elle a perdu son endothélium et présente un léger dépôt de fibrine avec quelques cellules.

Le corps ciliaire à la partie supérieure semble attiré en haut, de même que la partie antérieure de la choroïde. La partie postérieure du corps ciliaire est infiltrée de nombreuses cellules lymphoïdes. Le muscle ciliaire semble relâché et un peu infiltré.

L'iris est épaissi, infiltré, sa pigmentation présente des lacunes.

La structure de la rétine est peu modifiée. Près de la naissance du nerf optique, on voit une légère hémorragie sous-rétinienne.

La chambre antérieure est trouble et un peu infiltrée, on y voit également des stries hémorragiques.

La papille est œdématiée et épaissie.

Les recherches microscopiques faites avec divers colorants donnèrent des résultats négatifs.

Du côté de l'œil droit sympathisé, les remarques faites furent les suivantes :

La cornée est intacte ; à la partie postérieure de la cornée, on trouve çà et là de petits dépôts mamelonnés ou en forme de tache, qui sont formés de fibrine.

Le contenu de la chambre antérieure est rempli d'une substance ressemblant à du blanc d'œuf, mais sans cellules.

Le ligament pectiné est infiltré de leucocytes, de quelques cellules pigmentaires et d'un peu de fibrine.

Les modifications du côté de l'iris sont minimes. On ne voit qu'une légère infiltration du tissu par des lymphocytes mononucléés, si bien que le tissu semble simple-

ment un peu plus riche en noyaux. La pupille est élargie, et la surface supérieure de l'iris montre quelques mucosités.

L'iris ne présente que de légères adhérences avec la capsule cristallinienne ; on voit aussi un dépôt pigmentaire sur cette capsule provenant des synéchies disparues. Le corps ciliaire montre une légère infiltration, surtout dans la région des vaisseaux. Le muscle ciliaire ne présente pas d'infiltration.

Le cristallin est intact. La choroïde paraît partout un peu épaissie ; les vaisseaux sont fortement remplis. Tout le tissu choroïdien est infiltré de lymphocytes accolés les uns aux autres avec un noyau se colorant bien. C'est surtout dans le voisinage des gros vaisseaux centraux que l'infiltration est particulièrement intense, si bien qu'un manteau de cellules entoure les vaisseaux.

Les gaines des vaisseaux et des nerfs qui traversent la sclérotique sont également infiltrées de leucocytes mononucléaires.

La partie antérieure de la rétine ne montre presque pas de changement.

Dans la partie postérieure, on voit de très fins changements, consistant en une infiltration de cellules présentant des vacuoles.

Du côté de la papille, on trouve un léger œdème du tissu.

Le nerf optique est intact.

Les recherches de micro organismes restent négatives.

En résumé, les caractères pathologiques qui ont été observés du côté d'un œil sympathisé, sont, avec une intensité plus ou moins grande, une infiltration cellulaire

de tout le tractus uvéal, surtout dans le segment antérieur, un épaississement de l'iris, un trouble de la chambre antérieure et du vitré, une infiltration de cellules épithélioïdes et de cellules géantes, du côté de la rétine et de la choroïde. La papille optique est gonflée et également infiltrée. Enfin, selon les observations de Deutschmann, on constate la présence de micro-organismes dans le nerf optique et ses gaines, se retrouvant jusque dans le chiasma.

Les recherches faites sur les yeux sympathisants ont été infiniment plus nombreuses; les lésions histologiques qu'on y retrouve sont sensiblement les mêmes que celles rencontrées chez des yeux sympathisés, mais avec des caractères plus marqués.

Cette constatation a permis de dire que l'ophtalmie sympathique provoquait du côté sympathisé des lésions analogues à celles existant du côté sympathisant. Le plus souvent, c'est à une uvéite plastique que l'on a affaire. Dans ce cas, on trouve l'iris épaissi, infiltré de cellules rondes et parsemé de grains de pigment. L'infiltration occupe également le corps ciliaire, mais dans ce cas elle est surtout fibrineuse.

La choroïde est toujours le siège d'une invasion cellulaire et elle acquière alors une épaisseur considérable pouvant atteindre trois ou quatre fois l'épaisseur normale. Les cellules sont surtout des cellules rondes, mononucléaires. Dans les phases anciennes d'uvéite plastique, le gonflement disparaît et la choroïde devient au contraire très mince, ne conservant plus que des restes de vaisseaux.

La rétine, comme on l'a vu, est également infiltrée surtout au voisinage de la papille optique; le même pro-

cessus que celui se produisant du côté de la choroïde se rencontre ici dans les cas anciens où alors la rétine est réduite à une mince membrane. Parfois enfin on observe des décollements.

Du côté du corps vitré, les dépôts de cellules rondes et la présence d'exsudats fibrineux sont de règle. La chambre antérieure, comme nous le voyons dans nos observations et dans notre Symptomatologie, est augmentée de profondeur par suite d'exsudats fibrineux qui se forment derrière l'iris et empêchent l'écoulement de l'humeur aqueuse.

Par sa structure même, la sclérotique offre peu de prise aux altérations pathologiques.

La papille est le plus souvent œdématiée et infiltrée de leucocytes.

Le nerf optique est enfin l'organe qui a le plus suscité de recherches. Nous n'insisterons pas sur ses modifications que nous relaterons dans notre chapitre Pathogénie à propos des recherches de Deutschmann.

Les recherches anatomo-pathologiques que nous venons d'énumérer nous montrent que, quelle que soit l'origine d'une ophtalmie sympathique, on trouve presque toujours les mêmes symptômes et les mêmes altérations morphologiques du côté de l'œil sympathisé que dans l'œil sympathisant.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

Quelles sont les diverses formes sous lesquelles se présente l'ophtalmie sympathique ?

Telle est la question qui doit d'abord nous intéresser, surtout au point de vue pratique.

On doit, avec les idées actuelles émises par Deutschmann et les autres auteurs, diviser les affections sympathiques :

1° En ophtalmie sympathique vraie ou celle qui se traduit par des phénomènes inflammatoires ;

2° En irritation sympathique lorsque l'affection provient de phénomènes réflexes.

Les deux principales formes que l'on peut trouver dans l'ophtalmie sympathique proprement dite sont celles qui relèvent de l'uvéite et de la neuro-rétinite.

Parmi la première forme, il faut encore établir la différence entre l'uvéite séreuse et l'irido-cyclite ou uvéite plastique.

Soit un traumatisme, une plaie d'un œil. Une réaction inflammatoire se produit dans cet œil et, quelque temps après, l'on voit éclater plus ou moins soudainement les phénomènes suivants du côté de l'œil sain.

Le malade se plaint tout d'abord de photophobie, de douleurs se localisant autour de l'orbite, et il a en outre de la difficulté de l'accommodation.

Après quelques jours de ces premiers symptômes, le malade voit sa vue se troubler petit à petit, et tout ce qu'il aperçoit lui semble couvert d'un voile.

Tels sont les signes de l'*uvéite séreuse*, une des formes les plus fréquentes et les plus bénignes de l'ophtalmie sympathique.

Si, à ce moment, on fait l'examen de l'œil, on voit que la vivacité des prunelles paraît voilée, l'œil semble éteint, l'iris est terne, la pupille petite et irrégulière. Aux changements de lumière on la croirait mobile, mais on ne peut pas la dilater franchement en plaçant la main devant l'œil ou en fermant la paupière. Une instillation d'atropine ne produit qu'une dilatation incomplète et irrégulière et des synechies fixent le fond de l'iris à la surface du cristallin.

Le pourtour de la cornée est plus ou moins enflammé et à l'éclairage oblique, on peut apercevoir un pointillé sur la membrane de Descemet, pointillé qui, lorsque l'inflammation est plus prononcée, peut s'étendre sur la moitié supérieure de la cornée.

Cette altération est un bon signe du début de l'uvéite séreuse. On peut voir parfois aussi le corps vitré présenter dans son intérieur de petits flocons qui rendent difficile l'examen du fond de l'œil.

Tous ces symptômes revêtent un caractère bénin dans

l'uvéite séreuse pure d'origine sympathique et sont loin d'avoir la forme grave de cette lésion provenant d'autres origines telles que la syphilis, la tuberculose, le diabète ou le rhumatisme.

Une forme plus grave, quant à ses symptômes aussi bien qu'à son pronostic, est l'*uvéite plastique* ou *irido-cyclite*.

On retrouve dans cette forme tous les symptômes cités comme faisant partie du tableau clinique de l'*uvéite séreuse* mais augmentés.

D'ailleurs, l'uvéite plastique ou irido-cyclite est toujours précédée et accompagnée de la forme séreuse. Comme dans cette dernière, les premiers symptômes sont la photophobie, l'asthénopie accommodative, les douleurs ciliaires et péri-orbitaires.

De plus, la cornée est dépolie, l'humeur aqueuse est trouble. Un des bons signes, également, est la décoloration de l'iris. En effet, par suite de l'hypérémie de ses vaisseaux et de l'exsudat dû à l'inflammation, les iris bleus et gris prennent une coloration verdâtre qui persiste pendant toute la durée de l'inflammation ; de plus, les dessins de l'iris s'effacent. Souvent aussi, lorsque la pupille est très rétractée et punctiforme, on remarque une certaine tension de l'œil due à l'impossibilité pour l'humeur aqueuse de circuler librement. Pour cette raison également, la chambre antérieure devient plus profonde.

A l'examen ophtalmoscopique, on constate un trouble plus ou moins marqué de l'humeur aqueuse et des couches antérieures du corps vitré qui sont parsemées de petits dépôts brunâtres qui peuvent rendre très difficile l'examen du fond de l'œil.

On trouve comme dans la forme d'uvéite séreuse des dépôts sur la membrane de Descemet. En examinant la rétine, on voit que celle-ci participe au processus inflammatoire général, et certains disent même avoir observé un décollement de cette membrane.

Tous ces symptômes peuvent être constatés au début de l'affection.

Si celle–ci est plus vieille en date, on voit de grandes modifications survenir dans la tension de l'œil, dans la structure et la forme de l'iris et dans les membranes profondes de l'œil.

La tension qui, au début, avait augmenté par suite du rétrécissement intense de la pupille, diminue petit à petit et l'œil devient mou, car la réaction inflammatoire a atteint l'organe sécréteur.

Le vitré, affecté lui aussi, se réduit de volume et l'œil présente alors l'aspect d'un moignon.

L'iris infiltré au début se plisse, tout dessin disparaît et l'organe est totalement perdu pour l'accommodation.

Cette dernière étape de l'uvéite plastique s'observe d'ailleurs assez rarement.

Dans l'ophtalmie sympathique survenant à la suite d'énucléation, aucune des observations que nous avons pu recueillir ne permet de constater une forme de gravité aussi profonde, et le plus souvent la sensibilité du moignon de l'œil énucléé avec un léger écoulement, en général simplement séreux et non purulent ; la photophobie, le faible larmoiement, les douleurs périorbitaires et ciliaires, un léger trouble des milieux oculaires du côté de l'œil sympathisé sont les symptômes les plus classiques.

Ce sont eux que nous avons retrouvés presque d'une façon type chez le malade que nous avons examiné au service de M. le professeur Rohmer et qui fait l'objet de notre Observation I.

Au cours de l'ophtalmie sympathique, il peut se développer, comme nous l'avons rapporté plus haut, une inflammation de la rétine.

Certains auteurs et surtout Schirmer et Colsmann prétendent qu'une *rétinite* ou mieux une *papillo-rétinite* sympathique peut se développer isolément en l'absence d'uvéite dans l'œil sympathisé.

Si cette affection isolée est possible, elle est tout au moins excessivement rare. Les symptômes de cette papillo-rétinite sont : un état de congestion modérée de la papille optique dont les bords sont, dans ce cas, diffus, et dont la coloration est d'un rouge plus foncé que dans un œil normal.

Un trouble de couleur grisâtre environne la papille, les veines sont tortueuses et dilatées.

La vue ne faiblit pas beaucoup, mais de la céphalalgie s'observe très souvent. D'après Schirmer, cette affection apparaîtrait toujours avant l'énucléation de l'œil sympathisant et ne s'observerait jamais après l'énucléation.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels Dufour et Gouin partagent cette façon de voir, mais Colsmann s'oppose à cette idée et cite deux cas dans lesquels il aurait vu apparaître une *papillo-rétinite* quelques jours après l'énucléation de l'œil sympathisant, sans qu'auparavant l'œil sain ait été le siège d'aucune inflammation. Il semble donc qu'on ne doive pas exclure avec Schirmer

la *papillo-rétinite* du tableau des affections sympathiques pouvant survenir après l'énucléation.

Dans le « *Græfe-Sœmisch* » (2e éd. ch., VIII, 1900) Schirmer émet l'idée que la *papillo-rétinite* a pour cause des toxines propagées le long des nerfs optiques, tàndis que l'ophtalmie sympathique inflammatoire serait due à l'action directe d'un agent microbien.

Quoi qu'il en soit de ces diverses théories, la *papillo-rétinite* est d'un pronostic bénin lorsqu'elle se déclare avant l'énucléation, cette dernière opération la faisant disparaître et conjurant toute récidive.

Lorsqu'au contraire elle se déclare après l'énucléation, comme dans les observations de Colsmann, le pronostic serait plus grave, et l'affection céderait difficilement aux moyens médicamenteux employés en pareil cas.

A côté de ces phénomènes inflammatoires, il nous faut citer, comme nous l'avons indiqué au début de ce chapitre, une série de phénomènes sympathiques dus à une irritation nerveuse et à des réflexes.

Ces phénomènes ne semblent guère se trouver dans les ophtalmies sympathiques survenant après l'énucléation, et n'apparaissent qu'au cours de troubles survenant sur un œil malade et se répercutant sur le congénère sain. Aussi n'insisterons-nous pas sur cette catégorie de phénomènes.

On peut voir journellement à la clinique arriver des malades ayant soit des conjonctivites banales, soit de légers traumatismes du globe sans ulcération, et qui accusent, lorsqu'on les interroge, une certaine répercussion de ces symptômes sur l'œil sain.

Le larmoiement, des troubles visuels se traduisant soit

par une diminution du champ visuel, par des scintillements ou des perceptions lumineuses subjectives, tels sont ordinairement les phénomènes sensoriels que l'on peut observer. On remarque également que si les soins voulus sont donnés à l'œil atteint, qu'il s'agisse d'inflammation, conjonctivite banale ou de la présence d'un corps étranger, l'œil sympathisé cesse d'être irrité et l'on voit tout rentrer dans l'ordre.

A côté de ces symptômes sensoriels, on peut observer des phénomènes sensitifs se traduisant par une légère douleur du globe oculaire, de la photophobie ou de la céphalée.

On peut enfin voir apparaître des troubles du côté du système moteur et vaso-moteur de l'œil ; les troubles de l'accommodation dans le premier cas et les altérations de la tension oculaire dans le second, sont les symptômes que l'on peut constater.

Il est certain que dans ces cas l'inflammation bactérienne ou toxique n'entre pas en ligne de compte et qu'on a affaire à une irritation pure et simple, que cette irritation se propage par le nerf optique ou les nerfs ciliaires.

L'énumération des diverses formes d'ophtalmie sympathique que nous venons de faire, nous éclaire sur le pronostic, la marche, la durée et la terminaison de cette affection.

Comme nous l'avons déja fait, il faut distinguer le cas de l'ophtalmie sympathique simple, et celui de l'affection survenant après l'énucléation.

Dans la première forme le début n'est pas très brusque, et l'affection n'atteint son maximum qu'au bout de quelques jours. Quant à sa durée, elle est très variable,

suivant l'état du malade et l'intensité du traitement ; nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce point dans le chapitre consacré aux soins à donner dans l'ophtalmie sympathique.

Une affection sympathique doit toujours être considérée comme ayant un caractère sérieux, et partant doit être traitée avec beaucoup de soin.

Les observations que nous publions montrent que l'ophtalmie sympathique survenant après l'énucléation peut, elle aussi, apparaître un temps plus ou moins long après cette opération.

Sa durée est très variable, de même que l'intensité de ses manifestations.

Plus que la forme précédente, elle a un caractère grave qui l'impose à nos soins incessants et suivis.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Dans les cas qui nous occupent d'ophtalmies sympathiques survenant à la suite d'énucléations, deux problèmes se posent :

1° Quelles sont les méthodes de traitement prophylactique ? — 2° Quelles sont celles du traitement de l'ophtalmie sympathique une fois établie ?

A la première question, le défaut d'asepsie et d'antisepsie, le trop grand retard apporté dans l'intervention chirurgicale, semblent être les deux premiers facteurs des ophtalmies sympathiques survenant à la suite de l'énucléation.

Il faut donc que l'asepsie et l'antisepsie soient faites d'une façon aussi rigoureuse que possible, antisepsie pratiquée lors des interventions faites sur l'œil atteint, aussi bien que dans les pansements et les soins qu'il nécessitera dans la suite.

Les statistiques, comme nous l'avons rappelé dans

notre chapitre de Pathogénie, nous montrent d'ailleurs la diminution de fréquence de l'ophtalmie sympathique depuis les précautions dont on entoure toute intervention faite sur des yeux malades.

Les interventions conseillées pour éviter l'éclosion d'une ophtalmie sympathique sont nombreuses. La plus ancienne et celle qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats est l'énucléation.

Ramsay, dans les *Annals of ophtalmology*, en 1904, indique bien les cas où l'énucléation doit être pratiquée. Les blessures graves, la destruction du globe oculaire, les cas où un corps étranger est présent dans l'œil et ne peut en être retiré, lorsque l'œil blessé est privé de toute vision et est sujet à de fréquentes atteintes d'inflammation, telles sont les conditions qui, pour lui, nécessitent une prompte intervention.

Dans ces derniers temps, surtout, de nombreux auteurs se sont élevés contre les énucléations trop fréquentes, et ont remis sur le tapis la discussion consistant à savoir s'il ne serait pas préférable de remplacer l'énucléation par l'éviscération.

Ces auteurs se placent justement à notre point de vue, et, se basant sur ce fait qu'à la suite d'énucléations on a vu cependant continuer et même éclore de l'ophtalmie sympathique, proposent l'exentération comme traitement préféré de cette affection.

A cette objection, les partisans de l'énucléation répondent que si l'exentération permet d'avoir un moignon plus gros pour l'application d'un œil de verre, elle offre en revanche de gros inconvénients. Cette intervention, en effet, disent-ils, est plus douloureuse dans ses suites que

l'énucléation ; la plaie opératoire se cicatrise moins rapidement et la difformité, au point de vue esthétique, est aussi considérable que dans l'énucléation. De plus, l'ophtalmie sympathique peut aussi bien éclater après l'éviscération qu'après l'énucléation.

Ces auteurs n'admettent qu'un cas où l'éviscération doive être préférée à l'énucléation, dans le but d'éviter une méningite post-opératoire, c'est dans le cas de panophtalmie.

Une autre opération conseillée comme traitement préventif et curatif de l'ophtalmie sympathique est celle faite par M. de Vecker. Elle consiste simplement dans la résection du nerf optique en laissant en place le globe oculaire.

Cette opération essayée plusieurs fois ne paraît pas avoir donné toute satisfaction, et M. le Professeur Rohmer, dans les *Annales d'oculistique*, en 1892, en donne les raisons, s'appuyant en cela sur plusieurs interventions de ce genre qu'il a faites.

L'hémorragie produite par l'énucléation, dit-il, est peu dangereuse si on draine convenablement la cavité orbitaire comme le recommande M. le professeur Panas, ou si on applique la suture primo-secondaire.

Dans la résection du nerf optique, au contraire, le sang peut s'accumuler derrière l'œil, le repousser en avant et le comprimer assez fort pour donner du sphacèle. Il sait que l'on a objecté dans l'énucléation, la possibilité d'une méningite post-opératoire, mais il attribue cette complication à un manque d'asepsie.

D'ailleurs, dit-il, en terminant, il n'est pas sûr que l'œil, à la suite de la résection du nerf optique, conserve

la forme qu'on veut lui garder ; il peut se déformer plus ou moins par la suppression d'une partie de ses vaisseaux.

Comme on le voit, c'est donc à l'énucléation que presque la généralité des oculistes donne aujourd'hui la préférence et c'est cette opération qu'il faut faire dès que l'on soupçonne la possibilité d'une affection sympathique.

Mais puisque cette opération peut, dans certains cas, ne pas suffire à empêcher l'éclosion d'une ophtalmie sympathique, quelles sont les mesures à prendre à la suite d'une énucléation?

Nous ne reviendrons pas sur les conseils d'asepsie et d'antisepsie à mettre en pratique pour soigner la plaie opératoire, et rapporterons simplement les conseils donnés par les auteurs.

Abadie, dans le compte rendu qu'il fit au Congrès international de médecine en 1900, rapporte le cas (Observ. VIII) d'une jeune fille qui présenta de l'ophtalmie sympathique à la suite d'une énucléation.

Pensant à la possibilité d'un foyer d'infection pouvant persister dans le moignon du nerf optique, il fit des injections de cyanure de mercure à la dose de 0.01 centigramme par jour au fond de l'orbite de ce côté, et constata au bout de la cinquième une grande amélioration et une guérison complète au bout de la quinzième.

Nelez et Grane se déclarent aussi partisans de l'énucléation, lorsque l'on craint une ophtalmie sympathique, mais en outre, pour éviter ou traiter cette affection, il faut pratiquer des injections profondes dans le moignon de l'œil énucléé avec la solution suivante :

H_2O, 30 gr. — Cocaïne, 0,30 — Cyanure de mercure, 0,03.

Ce mode de traitement employé à la clinique d'ophtal-

mologie de Nancy a donné souvent de bons résultats, et c'est ce traitement que suit encore le malade qui fait l'objet de l'Observation I.

De Lapersonne conseille de toucher au thermo-cautère le bout du nerf optique excisé, s'appuyant en cela sur plusieurs observations et sur la théorie de la latence des éléments microbiens dans les gaines du nerf optique. Ce traitement aurait donné plusieurs fois de bons résultats.

Un moyen chirurgical, qui a été également conseillé, est l'excision du bout terminal du nerf optique, opération que fit le premier Schweigger ; cette intervention, basée également sur la latence des bacilles ou cocci dans la gaine du nerf optique, semble avoir donné dans certains cas des résultats satisfaisants, comme on peut le voir dans deux de nos observations.

Tels sont les modes de traitement chirurgical employés du côté de l'œil énucléé pour empêcher l'éclosion d'une ophtalmie sympathique dans l'œil sain ou pour traiter cette affection après son éclosion.

Ces interventions peuvent ne pas suffire à elles seules, et il faut également traiter l'œil atteint d'inflammation ou d'irritation sympathique,

Le traitement sera tout d'abord symptomatique ; on veillera avant tout à calmer les douleurs qui peuvent exister dans le cas d'uvéite séreuse ou d'irido-cyclite. Les moyens à employer sont l'application des sangsues aux tempes qui a remplacé la saignée partielle que l'on pratiquait autrefois. Les médicaments antinévralgiques, tels que la quinine à la dose de 0,50 centigrammes, ou l'antipyrine et la phénacétine à la dose de 0.50 à 1 gramme par jour ont soulagé fréquemment de violentes douleurs.

La dionine en collyre de 2 à 5 p. 100, instillée à plusieurs reprises, avec des intervalles de cinq à dix minutes, est aussi une méthode de soulagement des douleurs cyclitiques.

Comme traitement également local, les frictions mercurielles avec de l'onguent napolitain à la dose de 3 à 4 grammes par jour autour de l'orbite, peuvent amener une amélioration. Il faut, bien entendu, dans ce cas, veiller à la propreté de la bouche pour éviter chez le malade la stomatite mercurielle, et lui recommander des lavages fréquents de la cavité buccale avec une solution de chlorate de potasse à 3 ou 4 %.

A la clinique de Nancy, lorsque le malade peut revenir plusieurs fois pendant la semaine, on remplace les frictions mercurielles par les injections sous-conjonctivales. C'est Panas qui, le premier, conseilla ce mode de traitement. Avec beaucoup d'asepsie, après avoir tout d'abord insensibilisé avec une ou deux gouttes de cocaïne l'œil du malade, on injecte sous la conjonctive quelques gouttes d'une solution de cyanure de mercure à la dose de 1/100, et, dans beaucoup de cas, on a eu d'excellents résultats.

Au lieu du cyanure, certains oculistes ont employé des solutions de sublimé, d'huile bi-iodurée (Panas), mais le cyanure paraît être le médicament de choix.

Une bonne médication, lorsque les douleurs sont violentes, consiste dans l'application de compresses humides chaudes sur l'œil ; au début, les malades rejettent ce mode de traitement, lui préférant les applications froides, moyen qui, disent-ils, les soulage rapidement, momentanément en tout cas. Cependant, s'ils ont consenti

à employer une seule fois les applications chaudes, ils en apprécient vite les avantages.

Doit-on mettre de l'atropine dans un œil sympathisé ? Autant que possible, il faut l'éviter et ne l'employer que que dans les cas où, comme dans l'iridocyclite sympathique grave, la pupille est réduite à un point et la tension de l'œil très forte. Dans ce cas, la pupille peut un peu se dilater si les synéchies ne sont pas trop nombreuses ni trop adhérentes et permettre l'écoulement d'une certaine quantité d'humeur aqueuse par le canal excréteur.

Ces temps derniers, on a aussi conseillé le salicylate de soude à la dose de 2 ou 3 grammes à prendre dans une potion le soir avant de se coucher. Certains malades ont vu, grâce à cette médication, leurs douleurs diminuer, et même l'inflammation de l'œil rétrocéder dès le lendemain.

Enfin l'opothérapie a essayé de parer aux accidents sympathiques, et a prôné les injections d'émulsion de corps ciliaire. Louis Dar est l'auteur de ce mode de traitement très intéressant mais qui semble devoir être confirmé par de nouvelles expériences.

Tous ces moyens sont des moyens médicamenteux, et ce sont les seuls à employer tant que l'ophtalmie sympathique ne revêt pas un caractère de gravité trop intense.

Mais, que cette affection prenne la forme décrite à la fin de notre chapitre de symptomato logie avec pseudo-glaucome dû à l'obstruction des canaux excréteurs de l'humeur aqueuse, on peut alors, après avoir épuisé tous les moyens précités, avoir recours à une intervention chirurgicale. Celle-ci le plus souvent pourra se limiter à une paracentèse de la chambre antérieure, opération qui a donné quelques résultats. Mais

dans les cas, plus graves encore, où la vision est réduite à néant, par suite de son obstruction complète par l'iris, on peut comme moyen extrême faire une iridectomie.

Lorsque cette nécessité s'impose, on comprend combien la vue est déjà compromise ; c'est pourquoi on ne doit pratiquer cette intervention qu'en désespoir de cause, sans fonder grand espoir sur les résultats à obtenir. Tels sont à l'heure actuelle les moyens en pratique pour soigner une ophtalmie sympathique, soit primitive, soit secondaire à une énucléation. Le plus souvent, les moyens médicamenteux suffisent, et on a rarement besoin de recourir à une intervention chirurgicale dont les bénéfices sont presque toujours illusoires.

CONCLUSIONS

L'ophtalmie sympathique est une affection qui peut se déclarer après une énucléation. Elle n'est pas due, comme certains l'ont pensé, à l'intervention elle-même, mais à une infection latente provenant de l'autre œil. Les voies employées par cette infection ne sont pas encore établies d'une façon définitive, plusieurs théories essayant de démontrer le mode de transmission. L'ophtalmie sympathique survenant après une énucléation est toujours grave et nécessite un traitement intensif et approprié. Malgré ce traitement, la vision peut se perdre totalement ou tout au moins ne pas recouvrer une acuité normale On a cependant vu des guérisons complètes.

Vu :
Nancy, le 16 avril 1910.
Le Président de la thèse :
ROHMER.

Vu :
Nancy, le 16 avril 1910.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 21 avril 1910.
Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadie. — Traité des maladies des yeux, année 1876, page 211.
— De la section des nerfs optiques et ciliaires, substituée à l'énucléation. (Soc. de chir., 19 nov. 1879.)
— De l'exentération de l'œil, substituée à l'énucléation. (Gazette médicale de Paris, 1884, n° 48.)
— Pathogénie et nouveau traitement de l'ophtalmie sympathique. (Annales d'Oculistique, t. CIII, page 183, anno 1890.)
— De l'ophtalmie sympathique qui survient malgré l'énucléation. (Congrès international de médecine, à Paris, 1900.)
Alt. — A case of keratitis phlyctænulosa of long standing, healed after enucleation of the phtisical fellow-eye. (Americ. Journ. of Opht., II, p. 38, 1885.)
Angelucci. — Sur l'origine de l'ophtalmie sympathique. (Revue générale d'ophtalmologie, p. 1, 1898.)
Bach. — Pathogénie de l'ophtalmie sympathique. (Clinique ophtalmologique, n° 21, 1898.)
Bickerton. — Cases of : 1° Recurrent sympathetic inflammation after enucleation ; 2° Symp. ophtalmia three days after enucleation. (Opht. Review, p. 247, 1898.)
Bowers (Ernest) M. R. C. S. — Cas d'ophtalmie sympathique survenue dix-sept jours après l'énucléation de l'autre œil. (Ophtalmic Society of the Gloucester General Infirmary.)
Boucheron. — Névrotomie optico-ciliaire. (Gazette des Hôpitaux, 15 et 17 juillet 1890, n° 81.)
Boé. — De l'ophtalmie sympathique. (Archives d'ophtalmologie, XI, p. 545, 1891.)
Bourgeois. — Note pour servir à l'histoire de l'ophtalmie sympathique. (Recueil d'Ophtalmologie, 1895, p. 397.)

Campbell. — L'ophtalmie sympathique post-opératoire. (Ophtalmic Record, novembre 1908.)

Caudron. — De l'emploi des applications chaudes prolongées dans le traitement de l'ophtalmie sympathique. (Revue générale d'ophtalmologie, p. 259, 1885.)

Chevallereau. — Opération de Critchett, ophtalmie sympatique. (Annales d'Oculistique, CXXIII, p. 298, 1900.)

Deutschmann.— Zur Pathogenese der sympathischen Ophtalmie. (Von Graefes Archiv. für Ophtalmologie, XXX, 3, p. 77, 1884.)

— Zur Pathogenese der sympathischen Ophtalmie. (Von Graefes Archiv. für Ophtalmologie, XXXI, 3, p. 371, 1885.)

— Zur Pathogenese der sympathischen Ophtalmie. (Centralblat für praktische Augenheilkunde, April, 1899, p. 110.)

Derby. — Sympathetic ophtalmia after enucleation. Removal of extremity of optic nerve and surrounding tissues, Recovery. (Transact. Amer. Opht. Soc., p. 198, 1874.)

Dianoux. — Dans quelles limites l'énucléation préventive met-elle à l'abri de l'ophtalmie sympathique. (Annales d'Oculistique, CXXIX, p. 443, 1903.)

Donaldson (E.). — A case of sympathetic inflammation of the eye, following enucleation, etc. (Opht. Review, p. 35, 1897.)

Etienne. — Etude critique des différents traitements de l'ophtalmie sympathique. (Thèse de Nancy, 1887.)

Fage. — Ophtalmie sympathique apparue un mois après l'énucléation d'un œil blessé. (Annales d'Oculistique, mars 1897.)

Ferdinands. — Ophtalmitis occuring long after enucleation of the fellow eye for injury. (Britisch Med. Journ., 18 june, 1898.)

Frost (W.-A.). — Sympathetic ophtalmitis appearing after enucleation of the injured eye. (Trans. Opht. Soc. of the United Kingdom, II, p. 21, et The Lancet, v° 20, 1882.)

Galezowski. — De l'ophtalmie sympathique et du moyen de traitement par un débridement circulaire du globe oculaire. (Recueil d'Ophtalmologie, p. 388, 1890.)

— Du mode de transmission de l'ophtalmie sympathique et de son traitement. Communication à la Société d'Ophtalmologie de Paris. (Recueil d'Ophtalmologie, 3e série, p. 605, 1890.)

— Sur les dangers de la conservation des moignons oculaires ; ophtalmies sympathiques consécutives. (Recueil d'Ophtalmologie, Paris 1902, 30, XXIV, 406-410.)

Gallemaerts. — Ophtalmie sympathique et injections sous-conjonctivales. Policlinique de Bruxelles. (Recueil d'Opht., p. 743, 1895.)

Gama Pinto (de Lisbonne). — Affections sympathiques. (Encyclopédie française d'ophtalmologie, tome V, 1906.)

Gayet. — Recherches anatomiques sur une ophtalmie sympathique expérimentale. (Archives d'Ophtalmologie, page 97, 1890.)

Gillet de Grandmont. — Discussion sur l'ophtalmie sympathique. (Soc. d'Opht. de Paris, 2 mars 1891.)

Goode. — A case of sympathetic ophtalmia two weeks after enucleation of the injured eye. (J. Am. M. Ass. Chicago, XV, 101, 1890.)

Griffith and Scheldon. — Case of sympathetic disease occurring after enucleation of injured eye. (Med. Chronicle, Manchester, XII, p. 472, 1890.)

Guillet. — De la transmission de l'ophtalmie sympathique par voie veineuse. (Thèse de Paris, 1907.)

Hideux. — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique. (Thèse de Paris, 1903.)

Holmes-Spicer. — Sympathetic ophtalmia beginning fourteen days after enucleation of the injured eye. (Opht. Review, p. 375, 1898.)

Laas. — Sympathetic ophtalmia trotz Einführung Iodoform, etc. (Klin. Mon. f. Augenheilkunden, XLI, I vol., p. 401, 1903.)

Laqueur. — De la curabilité de l'iridochoroïdite sympathique, (Annales d'Oculistique, novembre 1895.)

Leber. — Bemerkungen ueber die sympathischen Augenkrankungen. (Von Graefes Archiv. f. Ophtalmologie, XXXIV, p. 125, 1886.)

Lindahl. — Du traitement de l'ophtalmie sympathique par le salicylate de soude. (Hygica, novembre 1904, page 1195. — Revue générale, 1905, page 116.)

Loosfelt. — L'ophtalmie sympathique. (La Policlinique, n° 14, 1903.)

Luzarey (L. de). — La résection du nerf optique comme moyen préventif et curatif de l'ophtalmie sympathique. (Thèse de Bordeaux, 1890.)

Masson. — De l'influence des théories microbiennes sur le traitement des affections oculaires. (Lyon, 1890.)

Mathewson (G.-H.). — Ophtalmie sympathique survenant trente et un jours après l'énucléation de l'œil blessé. (Ophtalmic Record, novembre 1908.)

Mauthner. — Die Pathogenese der sympathischen Augenleiden. (Wiener Médical Blaetter, n° 33, 1878 (extraits).)

Mavel (Victor). — De l'exentération du globe oculaire. (Thèse de Paris, 1884.)

Meiffret. — Considérations sur l'énucléation de l'œil. (Thèse de Lyon, 1890.)

Milmey (J.-E.), — Sympathetic Ophtalmia ; its treatment ; with cases. (Kansas med. Journal, p. 46, 1891.)

Motais. — De la transmission de l'ophtalmie sympathique par la voie veineuse. (X° Congrès international d'ophtalmologie, Lucerne, 1904, B., p. 314.)

Nettleship. — Three cases of sympathetic ophthalmitis setting in three weeks after excision of the other eye ; with abstracts of cases allready published. (Transact. of the clinic Society of, London, XIII, 1881.)

— Sympathetic iritis after immediate excision. (Lancet, n° 25, 1883.)

Dott Ezio Moretti. — L'oftalmia simpatica nei minorenni in rapporto alle leggi sanitarie. (Communicazione all' Associazione Sanitaria Milanese, 1906.)

Nuel. — Ophtalmie sympathique survenue un mois après l'énucléation pour blessure d'un œil par un plomb. (Bulletin de la Société belge d'ophtalmologie, janvier 1903.)

— De l'amblyopie sympathique. (Archives d'ophtalmologie, 1897).

Owen (L.). — Injury to one eye, enucleation, sympathetic iritis in the other, setting in five days afterwards. (Brit. Med. Journ., I., p. 596, 1881).

Pechdo. — De l'énucléation préventive avant l'opération sur l'œil sain. (Recueil d'ophtalmologie, p. 533, 1896).

Peters (A.). — Tuberkulose und sympathische Ophtalmie. (Zeitschrift fur Augenheilkunden, p. 385, 1900.)

Poncet. — Ophtalmie sympathique. (Soc. d'Opht. de Paris, 3 février 1891).

Ramsay. — Causes pouvant amener de l'ophtalmie sympathique. (Annals of ophtalmology, I, 1904. Revue générale, 1905.)

Rause (F. de). — Du traitement de l'ophtalmie sympathique par la section des nerfs ciliaires et du nerf optique, substitué à l'énucléation de l'œil. (Gazette médicale de Paris, n° 42, 1879).

Raynaut. — De l'ophtalmie sympathique, étiologie, symptomatologie et traitement. (Thèse de Montpellier, 1880).

Rogman. — Sur l'opportunité de l'énucléation dans l'ophtalmie sympathique. (Annales d'Oculistique, t. XCII, p. 181, 1884.)

Rohmer. — Encyclopédie française d'ophtalmologie. (Tome V, 1905.)

— Sur le traitement chirurgical de l'ophtalmie sympathique. (Revue médicale de l'Est, XVIII, p. 357, 1886.)

— La résection du nerf optique, d'après le procédé de M. de Wecker dans l'ophtalmie sympathique. (Annales d'oculistique, CVII, p. 249, 1892.)

Rolland. — Traitement préventif de l'ophtalmie sympathique. (Recueil d'ophtalmologie, p. 527, 1890.)

Routier (M.-B.-A.). — Etude critique sur les différents procédés d'énucléation, d'exentération et d'amputation du globe oculaire et sur leur valeur respective. (Thèse de Bordeaux, 1885.)

Dr Saphus Ruge. — Pathologisch-anatomische Untersuchungen über sympathische Ophtalmie und deren Beziehungen zü den übrigen traumatischen und nichttraumatischen Uveitiden. (Von Græfes Archiv. für Ophtalmologie, LVII, Band, 3 Heft, 1904.)

Sabaterie (P.). — De l'amputation du segment antérieur de l'œil comme traitement des accidents sympathiques oculaires. (Thèse de Paris, 1882.)

Santucci. — L'oftalmia simpatica in relazione alla teoria delle citotossine. (Nota preventiva al XIX congresso dell' Associazione oftalmologica italiana in Roma. (Annali di ottalmologia. Anno XXXVI, fas. 3-4, p. 244.)

Sattler (Robert). — Neuro-rétinite sympathique et uvéite séreuse suivant l'énucléation avec implantation d'un œil de

verre. Résection du nerf optique. Guérison. (Trans. Amer. Ophtalm. Soc., 1905, X, 337.)

Schimamura. — Gibt es eine endogène toxishe Wundentzündung am Auge ? (Klin Mon. f. Augenh, p.229, 1902.)

Schirmer. — Klinische und pathologisch-anatomische Studien zur Pathogenèse der sympathischen Augenentzündung. (Von Græfes Archiv für Ophtalmologie, XXXVIII, 4, p. 95, 1892.)

— Sympathische Augenerkrankung. (Græfe-Sæmisch Handbuch der gesamten Augenheilkunde, 2, Aufl. 23-25. Année 1900.)

Schweinitz (de). — Blindness from sympathetic ophtalmitis. Restoration of vision bei Critchetts operation. (Ophtalmic Record, 1900, p. 60.)

Sérégi. — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique. (Thèse de Bordeaux, 1891.)

Schaw (A.-J.). — Case of sympathetic ophtalmia coming on forty-seven days after enucleation of injured eye. (Transactions of the ophtalmological Society of the United Kingdom, p. 239, 1900.)

Snell. — Iritis sympathetic occuring 32 days after enucleation of eye fur accident. (Trans. Opht. Soc. of United Kingdom, II, p. 19, 1882.)

Sourdille (G.). — Ophtalmie sympathique guérie sans énucléation de l'œil sympathisant. (Clinique ophtalmologique, n° 22, p. 255, 1900.)

Spicer (W.-T. Holmes). — Onset of sympathetic ophtalmitis two weeks after excision of the injured eye. (Transaction of the ophtalmological Society of the United Kingdom. Vd XIX. Session 1898-99.)

Stephenson. — Sympathetic ophtalmitis afetr enucleation. (Opht. Society of the United Kingdom, page 240, 1901.)

Terson (A.). — Traitement des plaies de l'œil. (Société française d'Ophtalmologie. Congrès de 1908.)

Trousseau. — Ophtalmie sympathique et galvano-cautère. (Société française d'Ophtalmologie. Revue générale d'Ophtalmologie, n° 6, 1897.)

Vacher. — Sur les relations entre les enclavements de l'iris et l'ophtalmie sympathique. (Clinique ophtalmologique, n° 14, 1898.)

Valude. — Le moment de l'énucléation dans l'ophtalmie sympathique. (Société française d'Ophtalmie, Paris, mai 1908.)

Warlomont. — De l'énervation du globe de l'œil. (Annales d'Oculistique, tome LXXXII, page 223, 1879.)

Wecker. — L'abus de l'énucléation. (Annales d'Oculistique, tome CII, page 192, 1889.)

— Traitement de l'ophtalmie sympathique (migratrice). (Annales d'Oculistique, tome CIV, page 209, 1890.)

— L'ophtalmie sympathique post-opératoire. (Annales d'Oculistique, CVII, page 81, 1892.)

Welt (M^lle). — Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur l'ophtalmie sympathique. (Revue Médicale de la Suisse romande, 20 mai 1903.)

Westermann. — Un cas d'ophtalmie sympathique huit ans après l'énucléation. (Journal des Praticiens, 2 mai 1908.)

Wood-White. — Injury to one eye ; enucleation ; sympathetic iritis, in the other, setting in five days afterwards. (Brit. med. Journ. April, 16 th., page 596, 1881.)

Zentmayer. — Sympathetic infiammation occuring more then two months after enucleation. (College of Phsicians of Philadelphia, section of ophtalmology, 1900.)

Zimmermann (W.). — Anatomische untersuchung eines Falles von ophtalmia sympathica. (Von Graefes Archiv. fur Ophtalmologie, XLII, 2, page 39, 1895.)

Zossenheim. — Ueber die subconjonctival Injectionen von Sublimat. Beitræge zùr Augenheilkunden, II, page 429, 1895.)

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 5

CHAPITRE I. — Historique 8

CHAPITRE II. — Observations 13

CHAPITRE III. — Étiologie 44

CHAPITRE IV. — Pathogénie 49

CHAPITRE V. — Anatomie pathologique 60

CHAPITRE VI. — Symptomatologie 70

CHAPITRE VII. — Traitement 78

CONCLUSION 86

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 87

Nancy imp. A. CRÉPIN-LEBLOND, 21, rue St-Dizier.

IMPROBVS
OMNIA
VINCIT
LABOR